

Fachliche Begründung zur Verordnung

1. Zusammenfassung / Executive Summary

Die bis 12.11.2020 behördlich ergriffenen und sukzessiv verschärften Maßnahmen auf Bundes- Landes- und Bezirksebene (siehe Beilage 1, Maßnahmenübersicht regionale Maßnahmen) sowie der COVID-19-Schutzmaßnahmen Verordnung BGBl. II. Nr. 462/2020 idgF von BGBl. II Nr. 472/2020, welche mit dem Ziel erlassen wurden, das Infektionsgeschehen unter Kontrolle zu bringen, um dem möglichen Zusammenbruch des Gesundheitswesens insbesondere im Bereich der Intensivpflege vorzubeugen, zeigte bis 12.11.2020 nur verhaltende Wirkung. Auf Basis dieser Sachlage wurde die COVID-19-Notmassnahmenverordnung erlassen, welche per 17.11.2020 in Kraft getreten ist und per 22. Dezember - zusammen mit der Schutzmaßnahmenordnung - verlängert wurde. Aufgrund der Fallzahlenentwicklung läuft Notmaßnahmen-Verordnung per 7.2.2021 aus und die Schutzmaßnahmen-Verordnung tritt wieder in Kraft. Die absoluten täglichen Fallzahlen, sowie die 7-Tages-Inzidenz sowie die 14-Tages-Inzidenz sind ab dem 17.11.2020 gesunken und bewegen sich aktuell (Stand 02.02.2021) unter dem Niveau der Zahlen vor dem Inkrafttreten der Schutzmaßnahmen-Verordnung Anfang November.

1.1. Aktuelle Lage

Dem Lagebericht der AGES vom 02.02.2021 (siehe Beilage 3) ist für den 02.02.2021 eine geschätzte tägliche Steigerungsrate (in %) basierend auf den vergangenen 13 Epidemietagen von -2,01% zu entnehmen. Die 7-Tages-Inzidenz sowie die 14-Tages-Inzidenz sind nach dem 18.11.2020 bis Ende Dezember stetig gesunken, wobei sich ab Anfang Jänner 2021 bis 11.01.2021 eine leichte Steigerung abzeichnete. In den darauffolgenden Tagen erfolgte bis dato (Berichtstag 02.02.2021) ein leichtes Absinken sowohl der 7- als auch der 14- Tages-Inzidenz. Sowohl die absoluten Fallzahlen (1520 neu bestätigte Fälle/Tag mit Stand 03.02.2021), also auch die 7- und 14-Tages Inzidenzen / 100.000 (105,2 bzw. 217,8 mit Stand 02.02.2021) bewegen sich immer noch auf einem hohen Niveau.

Trotz der gesetzten Maßnahmen (SchuMaV, NotmaßnahmenV), stiegen die Fallzahlen bis zum 13.11.2020 weiter an. Nach dem 18.11.2020 zeigt sich ein Absinken der Zahl täglich neu bestätigter Fälle, allerdings sanken die Zahlen in den darauffolgenden Wochen nur noch leicht im Vergleich zu den Wochen davor. Von Ende Dezember 2020 bis Mitte Jänner 2021 stagnierte die Zahl der aktiven Fälle auf einem hohen Niveau. In den darauffolgenden Tagen zeigt sich bis dato (03.02.2021) ein leicht sinkender Trend. Dennoch ist eine hohe Belastung des Gesundheitssystems (insb. Intensivversorgung) nach wie vor gegeben. Außerdem muss die zunehmende Verbreitung und der Eintrag von Varianten von SARS-CoV-2, welche mit einer höheren Transmissibilität einhergehen, beachtet werden. Die Verbreitung dieser Varianten könnte zu einem Anstieg der Infektionszahlen führen.

1.2. Bewertung der COVID-19-Schutzmaßnahmen

Im Auftrag von HBM Anschober führt die Corona Kommission mit Unterstützung von AGES und GÖG seit Inkrafttreten der COVID-19 Schutzmaßnahmenverordnung ein wöchentliches Monitoring der COVID-19 Schutzmaßnahmen durch.

Im beiliegenden Kurzbericht zur Bewertung der COVID-19-Schutzmaßnahmen (siehe Beilage 2) vom 14.01.2021 wird die Situation wie folgt beschrieben:

Verbreitungsrisiko

Die 7-Tagesinzidenz für die österreichische Bevölkerung des Zeitraums **06.01.- 12.01.** belief sich auf 149,34 pro 100.000 EW im Vergleich zu einer 7-Tagesinzidenz **von 168,55/100.000 EW der Zeitperiode von 30.12.-05.01.**

- In der **KW 1 wurden 14.582 Fälle registriert**
- Die geschätzte Änderungsrate für die vergangenen 13 Epidemietage liegt bei -1,86% [-5,28; 1,68].
- Die effektive Reproduktionszahl (Reff) war am für 11.01.2021 bezogen auf die vorangegangenen 13 Tage 0,97 [0,96 – 0,98].
- Die 7-Tagesinzidenz der über 64-jährigen der österreichischen Bevölkerung des Zeitraums **06.01.-12.01.2021.** belief sich auf **175,66 Fälle/100.000 EW** und die der Zeitperiode von **30.12.-05.01.** auf **160,78 Fälle/100.000 EW.**
- Das Durchschnittsalter in KW 1 lag bei 46,5 Jahre.
- Die Trendanalyse, bezogen auf die zwei sich in 7 Tagen überlappenden 14-Tagesfenster, zeigt sich ein steigender Trend in Kärnten sowie ein sinkender Trend in Oberösterreich, Tirol und Vorarlberg.

Fallabklärung/Clusteranalyse

Der Anteil der Fälle, bei denen eine mögliche Infektionsquelle identifiziert werden konnte liegt für die KW 50, 51, 52 und 53 bei 55,5%, 53,0%, 44,4%, 43,6% und ist für KW 1 (2021) noch in Abklärung (derzeit noch bei 38,0%) (exklusive Wien).

Unter den Clusterfällen der KW 52 (52,6% der Fälle) und auch der KW 53 (56,2% der Fälle) und KW 1 (45,01%) wurden überwiegend die Infektionen im Setting „Gemeinsamer Haushalt“ gefolgt vom Setting Gesundheit & Soziales, welches primär von dem Subsetting Alten- und Pflegeheim dominiert wird, erworben. Das Setting Freizeit kommt nur geringfügig vor.

Auf Basis nachfolgend dargestellter Indikatoren können Schlussfolgerungen hinsichtlich der Beibehaltung, Erleichterung, Verschärfung der Schutzmaßnahmen getroffen werden:

Indikatoren, die das **Systemrisiko** und zum Teil auch das Verbreitungsrisiko in Österreich umfassen können den Anlagen dieses Kurzberichtes entnommen werden.

» der rohen 7-Tagesinzidenz

- Datengrundlage: EMS; Quelle: AGES
- Die 7-Tagesinzidenz für die österreichische Bevölkerung des Zeitraums 06.01.-12.01. belief sich auf 149,34 pro 100.000 EW im Vergleich zu einer 7-Tagesinzidenz von 168,55/100.000 EW der Zeitperiode von 30.12.-05.01.

» der rohen 7-Tagesinzidenz bei der Gruppe der >= 65-Jährigen

- Die 7-Tagesinzidenz der über 64-jährigen der österreichischen Bevölkerung des Zeitraums 06.01.-12.01.2021. belief sich auf 175,66 Fälle/100.000 EW und die der Zeitperiode von 30.12.-05.01. auf 160,78 Fälle/100.000 EW.
- Das Durchschnittsalter in KW 1 lag bei 46,5 Jahre.

» der ICU-Kapazitäten

- Datengrundlage: SKKM und Krisenstab des BMSGPK, tägliche Meldungen hinsichtlich der Kapazitäten, siehe Beilage.

Die Darstellung des **Verbreitungsrisikos1** ergibt sich auch durch den Anteil an Fällen, bei denen die Quelle der Infektion nicht bekannt ist. Hierzu werden folgende **Indikatoren** herangezogen:

» Anteils der Fälle unbekannter Quelle (z.B. < 40 %);

- (Datengrundlage: EMS, bundeslandspezifische Datenbanken, individuelle

Interviews; Quelle: AGES)

» Anteils der Fälle nach Setting der Quelle über die vergangenen 3 KW inklusive settingspezifischer Clusterdarstellung wobei folgende Settings berücksichtigt werden:

- Reise, Gesundheit, Sozialbereich, Bildung, Transport, Hotel-Gastro, Freizeit, Sport und Arbeit (Datengrundlage: EMS, bundeslandspezifische Datenbanken, individuelle Interviews; Quelle: AGES)

„Die analysierten Daten zeigen für die vergangenen 13 Epidemietage eine Änderungsrate von -1,86 %. Die 7-Tagesinzidenz für die österreichische Bevölkerung ist im Zeitraum 06.-12.01 auf 149,34 pro 100.000 EW im Vergleich zu einer 7-Tagesinzidenz von 168,55/100.000 EW der Zeitperiode von 30.12.-05.01 gesunken. Die effektive Reproduktionszahl (Reff) lag zuletzt wieder unter 1 (0,97).

Die Belastung des Gesundheitssystems ist im Vergleich zur Vorwoche nahezu unverändert. Die Auslastung der Intensivstationen lag per 13.1.2021 bei 18 % bezogen auf alle gemeldeten Intensivbetten Österreichs und damit nach wie vor auf erhöhtem Niveau.

Ein neuerlicher dynamischer Anstieg der inzidenten Fälle kann die angespannte Lage in den Intensivstationen zum Zusammenbruch bringen. Der gewünschte Regelbetrieb der Spitäler kann ab einer ICU-Auslastung von etwa 10 % (= ca. 200 belegten Betten) wieder hergestellt werden. Die inzidenten täglichen Fälle müssten hierfür konstant bei weniger als 1300 liegen, zudem ist der aktuell bestehende Belag mit zu berücksichtigen, dessen Rückgang verhalten verläuft.

Die Corona Kommission hat sich zur aktuellen Entwicklung der Virusvarianten unter Einbezug zusätzlicher Fachexpertise beraten.

Europäische Beobachtungen zeigten ein starkes Wachstum der inzidenten Fälle bei zunehmenden Anteil der neuen Virusvariante (z.B. Irland, Großbritannien, Slowakei). Dänemark konnte während einer Phase des Lock Downs eine Verbreitung der neuen Variante feststellen und konnte bis dato einen neuerlichen Anstieg der Fallzahl unterdrücken. Die effektive Reproduktionszahl liegt in Dänemark, ähnlich zu Österreich, bei 0,96. Nationale wie internationale Berechnungen zeigen anhand der verfügbaren Daten, dass ein Reff von zumindest dauerhaft 0,8 erreicht werden muss, um ein neuerliches starkes Wachstum der Fallzahl durch die transmissiblere Virusvariante zu verhindern.

Die Corona Kommission kommt auf Basis der Ausführungen zum Schluss, dass das Infektionsgeschehen nach wie vor überwiegend auf einem sehr hohen Niveau liegt, die Aufrechterhaltung der gesetzten präventiven Maßnahmen zur Kontaktreduktion sollten daher wie geplant fortgesetzt werden. Dies nicht zuletzt aufgrund der möglichen Verbreitung der neuen Virusmutation. Insbesondere ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass die erforderliche Akzeptanz der Bevölkerung gewährleistet wird, um auch weiterhin die notwendigen Rückgänge des Fallgeschehens erreichen zu können.“

1.3. Aktuelle Kapazitätsauslastung

Hinsichtlich der aktuellen Kapazitätsauslastung wurde erhoben, dass (Stand 03.02.2020) **Beatmungsgeräte** in allen Bundesländern noch frei verfügbar. Insgesamt sind österreichweit (ohne Wien) **59 %** der Beatmungsgeräte verfügbar. **Bettenkapazitäten im Normalpflegebereich** stehen weiterhin zur Verfügung: Bei den Covid-19-Fallzahlen auf Normalpflegestationen ist bundesweit gegenüber dem Vortag ein Rückgang (-46) festzustellen, wobei die größten Abnahmen in NÖ (-25) und Wien (-17) zu verzeichnen sind. In den letzten 7 Tagen ist österreichweit auf Normalstationen eine Abnahme der Covid-19-Fälle um -6,4% (-95) zu beobachten. Insgesamt werden derzeit auf den Normalpflegestationen 1.383 Covid-19-Fälle betreut. **Bettenkapazitäten im Intensivpflegebereich** stehen weiterhin zur Verfügung. Bei den Covid-19-Fallzahlen auf Intensivstationen ist bundesweit gegenüber dem Vortag ein leichter Anstieg (+3) ersichtlich, wobei die größte Zunahme in WIEN (+5) zu verzeichnen ist. In den letzten 7 Tagen ist österreichweit auf Intensivstationen eine sehr leichte

Abnahme der Covid-19-Fälle um -0,3% (-1) zu beobachten. Derzeit werden auf den Intensivpflegestationen 303 Covid-19-Fälle betreut. **Personalausfälle im Intensivbereich** sind weiterhin überschaubar. Höchste Werte bei ärztlichem Personal in KTN (5%) sowie bei DGKP in BGL (5%).

1.4. Prognoserechnung

Die aktuellen Prognosen gehen von einem Infektionsgeschehens von rund 1.500 Fälle/Tag über den Prognosezeitraum aus (inklusive positiv Massengetestete). In der letzten Prognoseperiode wurde ein konstantes Infektionsgeschehen beobachtet. In der vergangenen Prognoseperiode wichen das gemeldete Fallgeschehen um ca. 14 % von der Prognose ab. Gründe dafür waren insbesondere Nachmeldungen von Antigen-Tests mit Labordiagnosedatum vor Berechnung der Prognose am 26.1. (insbesondere in Vorarlberg, Kärnten und Oberösterreich). Die Dynamik (Trend) wurde jedoch akkurat eingeschätzt. Zusätzlich kommt es auch bei dieser Prognose zu den bereits bekannten Effekten kommen: **Unterschätzung der Entwicklungen**, wenn im Prognosezeitraum vermehrt getestet wird (z.B. im Rahmen von bevölkerungsweite Testungen) und daher eine größere Anzahl an infizierten Personen identifiziert wird. **Verzögerungseffekten** bei den Auswirkungen der Maßnahmen/Lockerungen auf die Prognose kommen in der aktuellen Kapazitätsauslastung und –prognose zum Ausdruck. Die Bremswirkung bei den Fallzahlen, schlägt sich weiterhin in den Kapazitätsauslastungen nieder. Im Prognosezeitraum bewegen sich die Bundesländer weiterhin weg von der kritischen Grenze, aber der rückläufigen Trends ist nach wie vor fragil und eine **Überschreitung der definierten Kapazitätsgrenzen** ist – bei Wiederanstieg der Infektionszahlen – nach dem Jahreswechsel – ein nicht ausschließbares Szenario.

Bereits am 27.10. überstieg der Anteil der COVID-Patienten auf ICU österreichweit 10 %, was Einschränkungen des Regelbetriebes zur Folge hatte, am 24.11. lag die Auslastung bei 33,5%, am 02.12. bei 33,8 %, am 11.12. bei 28,4%, am 18.12. bei 23,7%, am 30.12. bei 18,4%, am 12.01.2021 bei 16,3%, am 19.01.2021 bei 18% und am 03.02.2021 bei 16,8%.

Die Belastungsgrenze des Gesundheitssystems wurde von der Corona-Kommission bereits im September 2020 mit 30% Auslastung aller Intensivbetten festgelegt (Manual V 2.5 - <https://corona-ampel.gv.at/corona-kommission/bewertungskriterien/>). Sobald diese Grenze der Tragfähigkeit überschritten ist, bleibt nur ein kurzer Zeitraum für Gegensteuerungsmaßnahmen, da jene auch Zeit brauchen, bis sich die Wirkung auf Grund von Inkubationszeiten etc. niederschlägt.

Die Prognosen sind regional heterogen ausgeprägt und zeigen für alle Bundesländer – ohne Betrachtung von Wien da keine Meldung vorliegt – einen Rückläufigen Trend der Belegung Werte. In keinem Bundesland liegt die aktuelle ICU-Auslastung mit COVID-19 Belegung (sh. Beilage 5), über 50 %, welcher von der Corona Kommission als Schwellenwert für den Sanitären Notstand festgelegt wurde. Basierend auf den Prognosen ist ein Überschreiten der Schwellenwerte weniger wahrscheinlich, jedoch verharren Fallzahlen und Belegungszahlen nach wie vor auf einem Wert, welcher nicht zu einer maßgeblichen Entspannung der Situation in den Krankenhäusern führt z.B. R_{eff} deutlich unter 1. Die Maximalwerte in den Belegungszahlen liegen in Oberösterreich und Vorarlberg mittlerweile deutlich unter 30%. Für den Prognosezeitraum wird erwartet, dass der mit dem zweiten Soft-Lock-Down beobachtete Abwärtstrend sich mit dem harten Lock-Down weiterhin fortsetzt

Eine wesentliche Limitation, ist, dass die mögliche Verbreitung einer Virus-Mutante mit höherer Transmissibilität (z.B. B1.1.7 „Variant of Concern“) ist in der aktuellen Prognose nicht enthalten. Die mittlerweile bestätigte höhere Transmissibilität kann die Reproduktionszahl signifikant erhöhen und somit das Infektionsgeschehen maßgeblich beschleunigen.

1.5. Maßnahmen gemäß COVID-19 Maßnahmengesetz

Das COVID-19 Maßnahmengesetz sieht im § 11 vor, dass bei Maßnahmen gemäß § 5 COVID 19 MG, welcher Ausgangsbeschränkungen vorsieht, sowie bei Maßnahmen gemäß § 3 und § 4 das Einvernehmen mit dem Hauptausschuss des NR herzustellen ist.

Die Bestimmungen des §§ 3,4,5 COVID-19 MG schränken weiter ein, dass kein gelinderes Mittel zum Erfolg führen kann und dass der Zusammenbruch des Gesundheitswesens nur durch die Ergreifung dieser Maßnahmen vermieden werden kann.

1.6. Ziel der Maßnahmen:

Um eine rasche Kontrolle über das Infektionsgeschehen zu erhalten und eine nachhaltige Entlastung des Gesundheitssystems zu erzielen, welche einen Regelbetrieb insbesondere im Bereich der Spitalspflege wieder ermöglicht, ist R(eff) auf deutlich unter 1,0 zu senken und dort für einen längeren Zeitraum zu halten. Derzeit (Stand 02.02.2021) liegt der R(eff) bei 0,97.

Durch eine kontrollierte Epidemie werden gesamtgesellschaftlich Schäden die durch Quarantäne und Krankenstände entstehen weiter dezimiert.

Dies ist auch ganz wesentlicher Aspekt für die Aufrechterhaltung der Sozial- und Gesundheitswesens sowie des behördlichen Handelns. Aktuelle Erhebungen des BMSGPK (siehe Beilage 5), dass sich die Situation rund um die Aufrechterhaltung von Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen langsam entspannt. Einzelne Bundesländer melden einen Rückgang des Anteils nicht arbeitsfähigen ärztlichen oder pflegerischen Personal auf Intensivstationen. Mit Ausnahmen vom Burgenland sanken die Werte von über 10% (24.11.) auf 2 bis 4 % - wobei die Werte für DGPK für fast alle Bundesländer durchwegs 1-2 Prozentpunkt höher als bei ärztlichen Personal sind - was sich ebenfalls auf die Zahl der effektiv nutzbaren ICU Betten auswirkt. Im Burgenland liegt der Anteil des nicht arbeitsfähigen ärztlichen oder pflegerischen Personals auf Intensivstationen bei 15 bzw. 6%.

1.7. Evidenz von Maßnahmen

Basierend auf verfügbarer Evidenz lässt sich festhalten, dass die Grundprinzipien der Behördlichen Maßnahmen risikominimierende Faktoren sind. Alltagsmasken (**Mund-Nasen-Schutz**) können, wenn sie richtig angelegt und getragen werden, helfen, **Ansteckungen mit SARS-CoV-2 zu verhindern**. Es kommt dadurch zu keinem Sauerstoffmangel bei der Trägerin/dem Träger. Die Kombination des Masken Tragens gemeinsam mit anderen Maßnahmen, wie Händehygiene und Abstand halten, kann die Ausbreitung von SARS-CoV-2 verringern. Das Halten von mindestens **1m physischem Abstand** ist mit einer großen Verringerung der Infektionen assoziiert, möglicherweise sind Abstände von 2m noch wirksamer. Abstand halten kann gemeinsam mit anderen Maßnahmen wie Hände-Hygiene und Maskentragen die Ausbreitung von Sars-CoV-2 verringern. **Quarantäne** kann die Zahl der Infizierten und die Zahl der Todesfälle reduzieren. Die Kombination der Quarantäne mit anderen Präventions- und Kontrollmaßnahmen kann eine größere Wirkung haben als die Quarantäne allein. **Händehygiene**, als rechtlich nicht vorschreibbare, aber präventiv sehr wirksame Maßnahme, kann die Übertragbarkeit von Krankheitserregern und die Ausbreitung von Sars-CoV-2 Infektionen reduzieren. Die Kombination der Händehygiene mit anderen Maßnahmen wie Masken-Tragen und Abstand halten, kann die Ausbreitung von SARS-CoV-2 verringern.

Basierend auf verfügbarer Evidenz lässt sich zu weiteren Maßnahmen wie folgt festhalten: **Gesamt- „Lockdown“** (Schließung der Freizeit- und Krankenhaussektoren, des nicht wesentlichen Einzelhandels, Erlaubnis zur Arbeitsstätte zu gelangen nur für Schlüsselpersonal, Schulen und Universitäten weitgehend geschlossen, Kontaktverbot mit anderen Haushalten, Gebetstätten geschlossen) ist assoziiert mit einer 75%-igen Reduktion der Reproduktionszahl und hat daher eine **sehr hohe Auswirkung auf das Infektionsgeschehen**. **Kurzer Lockdown** (z.B. 2-3 Wochen) hat eine

moderate Auswirkung auf das Infektionsgeschehen. Wie bei allen Interventionen gilt auch hier, desto früher desto besser. **Verringerung der Kontakte** zwischen Mitgliedern verschiedener Haushalte innerhalb der Wohnung hat **moderate Auswirkung** auf das Infektionsgeschehen, da hier ein hohes Risiko für die Übertragung durch Tröpfchen, Aerosole und die gemeinsame Verwendung von Oberflächen besteht. Die **Schließung der Gastronomie** (Bars, Pubs, Cafés, Restaurants, etc.) wird mit einer **moderaten Auswirkung** auf das Infektionsgeschehen bemessen, da dort das Risiko aufgrund des engen Beisammenseins, der langen Dauer der Exposition, das Nichttragen des Mund-Nasenschutzes und durch das Laute Sprechen in geschlossenen Räumen höher ist.

Eine Limitation der verfügbaren Evidenz ist, dass meist ein Bündel von Maßnahmen implementiert wird – ein Kausalzusammenhang kann bei einem Bündel von komplexen Interventionen nicht linear festgestellt werden. Nicht pharmazeutische Interventionen sind in der Regel **multifaktoriell**, was eine spezifische Zuordnung der Auswirkungen erschwert. Evidenz deutet allerdings darauf hin, dass das **gemeinsame Setzen mehrerer Maßnahmen einen größeren positiven Einfluss auf das Infektionsgeschehen** erreichen kann, als das verzögerte Setzen einzelner Maßnahmen.

1.8. Warum bundesweite Maßnahmen gerechtfertigt sind:

Um schwerwiegende grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren bekämpfen zu können ist ein koordinierendes Vorgehen notwendig. Bereits am 23. Mai 2005 wurden von der 58. Weltgesundheitskonferenz die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) angenommen, die die Koordination zwischen den Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezüglich Bereitschaft und Reaktion im Falle von gesundheitlichen Notlagen von internationaler Tragweite verstärken sollten. Die einzelnen Mitgliedsstaaten geben einen *National Focal Point* für die Kommunikation bekannt. Für Österreich ist dieser im BMSGPK angesiedelt.

Das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union haben am 22. Oktober 2013 den Beschluss Nr. 1082/2013/EU zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren und zur Aufhebung der Entscheidung Nr. 2119/98/EG erlassen. Für die Übermittlung von Warnmeldungen wurde das Early Warning and Response System (EWRS) eingerichtet, dass die für Gesundheit zuständigen Behörden in den Mitgliedsstaaten und die Kommission umgehend angemessen informiert. Eine Warnmeldung sollte nur dann erforderlich sein, wenn Ausmaß und Schwere der Gefahr so bedeutend sind, dass die Gefahr mehr als einen Mitgliedsstaat betrifft/betreffen könnte und eine koordinierte Reaktion auf Unionsebene notwendig ist/sein könnte. Dieses System wird auch für die Ermittlung von Kontaktpersonen oder Informationen über nachgewiesene Krankheitsfälle und Verdachtsfälle beim Menschen in anderen Mitgliedsstaaten genutzt. Auch hier wird auf EU-Ebene ein *National Focal Point* nominiert, der auch im BMSGPK liegt.

Der Beschluss weist darauf hin, dass Mitgliedsstaaten selbst dafür verantwortlich sind, Gesundheitskrisen auf nationaler Ebene zu bewältigen. Maßnahmen einzelner Mitgliedsstaaten sollten aber auch mit den Maßnahmen anderer Mitgliedsstaaten vereinbar sein. Das bedingt auch eine Kommunikation auf Bundesebene zwischen involvierten Staaten.

In Österreich liegt die Gesundheit laut Bundesverfassung in der Zuständigkeit des Bundes und damit derzeit im BMSGPK. Für das Setzen von Maßnahmen in Österreich sind bei einer schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahr, wie einer Pandemie, die laufenden Erkenntnisse auf internationaler Ebene, insbesondere aber die aktuellsten Entwicklungen auf europäischer Ebene und in den Nachbarstaaten von entscheidender Bedeutung. Da der Bund hier Ansprechpartner ist und die Kompetenz hat, können Maßnahmen umgehend und aktuell sowie bundesweit einheitlich erstellt werden.

Erfahrungen zu Empfehlungen und Maßnahmen aus anderen Ländern, welche ebenfalls eine föderalistische Struktur aufweisen, zeigen, dass eine bundesländerweise Regelung von Maßnahmen möglich ist. Jedoch wurde in einzelnen Bereichen, bei welchen eine Exekution der Maßnahmen v.a. in Grenzregionen erschwerend ist, eine bundesweite Regelung für zielführender erachtet. Die Schweiz hat, trotz der starken föderalistischen Struktur durch die Kantone, entschieden bundesweit Maßnahmen zu Beherbergung und Gastronomie zu setzen. Jedoch steht es den Kantonen frei, weitere Verschärfungen aufgrund der regionalen epidemiologischen Situation zu implementieren. Wo die kantonalen Maßnahmen strenger sind als die nationalen, gilt es diese zu beachten.

Das Eingreifen in Bundesländern mit derzeit noch geringeren Fallzahlen durch bundesweite einheitliche Maßnahmen ist gerechtfertigt, weil die Erfahrungen der letzten Wochen gezeigt haben, dass die Lage sich innerhalb kürzester Zeit verschlechtern können. Die Belagszahlen sind regional heterogen ausgeprägt und zeigen ohne Betrachtung von Wien, da keine Meldung, Werte zwischen 21% (Kärnten) und 44% (Vorarlberg) freier Intensivbetten (Stand 30.12.2020, Anteil der am Erhebungstag freien Intensivbetten [COVID-19 + NICHT-COVID-19] an den gesamten Intensivbetten [in %]), was die nach wie vor angespannte Lage verdeutlicht.

Durch das Freihalten der Spitalskapazitäten in Bundesländern in welchen sich langsam eine Entspannung abzeichnet werden außerdem wichtige Ausweichkapazitäten für andere mit höheren Fallzahlen betroffene Bundesländer geschaffen.

1.9. Abschließende Beurteilung

Unter Berücksichtigung der oben dargelegten Fakten, wird daher hierorts festgestellt, dass die Voraussetzungen für das Beibehalten der gesetzten Maßnahmen im Sinne der §§ 3, 4, 5 und 11 COVID-19-MG zur Abwendung des drohenden Zusammenbruchs des Gesundheitswesens nach wie vor gerechtfertigt sind. Durch die bisherigen Maßnahmen konnte eine Abnahme der Fallzahlen und eine langsam einsetzende Entspannung auf den Intensivstationen erreicht werden. Trotz dieser erfreulichen Entwicklung wäre es jedoch zu früh, Entwarnung zu geben, da diese Trendwende noch nicht nachhaltig sichergestellt ist. In den vergangenen 3 Monaten wurde das Plateau von 1.000 neuen bestätigten Fällen pro Tag nicht unterschritten (Stand 03.02.). Eine Überschreitung des kritischen Schwellenwerts der ICU-Belagszahlen in einzelnen Bundesländern ist bis Mitte Februar zwar unwahrscheinlich, jedoch beinhalten die Prognosen - aufgrund fehlender Evidenz - noch keine Effekte im Zusammenhang mit der Virusmutante. Die mittlerweile bestätigte höhere Transmissibilität kann die Reproduktionszahl signifikant erhöhen und somit das Infektionsgeschehen maßgeblich beschleunigen. Das Beispiel anderer europäischer Länder zeigt, dass Lockerungsmaßnahmen eine Dynamisierung des Infektionsgeschehens durch die Virus-Mutation B1.1.7 befeuern kann. Innerhalb von 7-14 Tagen erreichten die Infektionszahlen in Irland oder Portugal ein Niveau, dass ungebremst den Zusammenbruch des Gesundheitswesens dieser Länder bedeutet hätte. Eine schrittweise vorsichtige Lockerung der bisherigen Maßnahmen ist angesichts der epidemiologischen Lage und der Prognosen möglich. Jedoch bleibt die Situation hinsichtlich Mutation und Infektionsgeschehen weiterhin unübersichtlich. Öffnungen sollten daher von risikominimierenden Faktoren zur Verhinderung der Verbreitung von SARS-CoV-2 begleitet werden bzw. bei fortschreitender Dynamisierung ist rasch gegenzusteuern.

2. Aktuelle Epidemiologische Situation in Österreich

Allgemeine Beschreibung der aktuellen epidemiologischen Lage:

Seit Anfang November 2020 zeigt sich eine Reduktion der kalkulierten Wachstumsrate, wobei diese ab 17.11.2020 negative Werte angenommen hat. Nachdem dieser Indikator um den 8.12.2020 um -5% lag, war bis zum 19.12.2020 (mit leichten Schwankungen der Werte) wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. In den nachfolgenden Wochen kam es zu wiederholten Schwankungen der kalkulierten Wachstumsrate, welche zum Berichtstag 02.02.2021 bei 2,01% liegt (AGES SARS-CoV-2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, 02.02.2021). Am 3.11.2020 ist die SchuMaV in Kraft getreten, wobei bis Mitte November, eine weitere Zunahme der täglich berichteten COVID-19 Fallzahlen, sowie der 7- und 14-Tages Inzidenzen / 100.000 Einwohnern zu verzeichnen war. Die COVID-19-Notmaßnahmenverordnung ist am 17.11.2020 in Kraft und am 06.12.2020 außer Kraft getreten. Von 07.12.-25.12.2020 war die SchuMaV in Kraft. Am 26.12.2020 trat die 2. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung in Kraft. Die 7-Tages-Inzidenz sowie die 14-Tages-Inzidenz sind ab dem 17.11.2020 bzw. 18.11.2020 bis Ende Dezember stetig gesunken, wobei sich ab Anfang Jänner bis zum Berichtstag 10.01.2021 eine leichte Steigerung abzeichnet hat. In den nachfolgenden Wochen erfolgte bis dato (Berichtstag 27.01.2021) ein leichtes bis moderates Absinken sowohl der 7- als auch der 14-Tages-Inzidenz (AGES SARS-CoV-2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, 02.02.2021). Die 7-Tages Inzidenz / 100.000 liegt per 02.02.2021 bei 105,2 (-2,2) im Vergleich zum 01.02.2021), die 14-Tages Inzidenz/100.000 bei 217,8 (-4,2) im Vergleich zum 01.02.2021) (AGES SARS-CoV-2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, 02.02.2021). Auch die Zahl der neu bestätigten Fälle im siebentägigen Mittel / 100.000 ist nach Mitte November für gesamt Österreich bis Ende Dezember gesunken und zeigt, nach einer Phase auf gleichbleibendem Niveau, seit Mitte Jänner 2021 bis dato (02.02.2021) einen leicht sinkenden Trend mit Werten zwischen 10,7 (Burgenland) und 24,7 (Salzburg) (15,3 für gesamt Österreich) (siehe Abbildung 1). Die augenscheinlichen Anstiege der Zahl neu bestätigter Fälle im siebentägigen Mittel /100.000 am 14.01.2021 (OÖ, K) und 22.01.2021 (S) sind auf die neue Falldefinition und damit einhergehende Nachmeldungen von Fällen zurückzuführen. (Abbildung 1). Bei den kalkulierten R_{eff} -Werten zeigt sich seit Anfang November ein tendenziell sinkender Trend, allerdings mit einem wiederum leichten Anstieg bzw. einem Stagnieren seit 14.12.2020 bis Ende Dezember. Danach zeigte sich ein Anstieg bis zum Berichtstag 10.01.2021, gefolgt von einem leichten Absinken zum Berichtstag 20.01.2021 auf 0,87. Seither kam es bis dato zu einem leichten Anstieg der R_{eff} (02.02.2021, R_{eff} von 0,97) (siehe Tabelle 1). Nach einer Stagnation der absoluten Fallzahlen Ende Dezember 2020 bis Anfang Jänner 2021 kam es danach bis dato (03.02.2021) zu einem leichten Sinken der Zahl der aktiven Fälle. Die Zahl der infizierten Personen in Österreich (aktive Fälle) ist per 03.02.2021 allerdings nach wie vor relativ hoch (siehe Tabelle 1 und Abbildung 1, 4). In Tabelle 1 wurden ab 18.11.2020 die Todesfälle der letzten 7 Tage an Hand des Sterbedatums dargestellt, weshalb es zu einem Sprung in der Zahlenreihe kommt. Auch nach diesem Datum zeigt sich bis Mitte Dezember ein Anstieg der Zahl der Todesfälle der letzten 7 Tage. Seither zeigt sich ein leicht sinkender Trend, der sich seit Anfang Jänner 2021 mit leichten Schwankungen weiter fortsetzt (siehe Tabelle 1). Mit Berichtstag 02.02.2021 liegt die Zahl der Todesfälle der letzten 7 Tagen bei 208. Die Zahl der Todesfälle pro Monat / 100.000 liegt im November und Dezember 2020 mit 23 und 34 und im Jänner 2021 mit 16,84 deutlich höher als während der „ersten Welle“ im Frühjahr sowie in den Monaten davor (siehe Abbildung 2). Es kommt in ganz Österreich weiterhin vermehrt zu Clustern in Haushalten sowie in Alten- und Pflegeheimen und im Freizeit-Kontext . (Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES, 02.02.2021).

Eine neue Variante des SARS-CoV-2 (Linie B.1.1.7) wurde Ende des Jahres 2020 zuerst in UK nachgewiesen und verbreitet sich nun in Europa und teilweise auch in außereuropäischen Ländern. Auch in Österreich konnte diese Variante bereits detektiert werden. Untersuchungen zeigen eine

höhere Transmissibilität im Vergleich zum bisher zirkulierenden Viruswildtyp. In Südafrika wurde vor kurzer Zeit ebenfalls aus Probenmaterial von Oktober 2020 eine neue Variante nachgewiesen (Linie B.1.351), die mit einer höheren Transmissibilität einhergehen könnte. Auch diese ist in Österreich nachgewiesenermaßen bereits aufgetreten. Auch Bei Rückkehrern aus Brasilien nach Japan wurde eine neue SARS-CoV-2 Variante (Linie B.1.1.28.P1) entdeckt, die einige der Merkmale aufweisen, die für eine erhöhte Übertragbarkeit von Bedeutung sind. Es werden weitere nationale und internationale Untersuchungsergebnisse für die nächste(n) Woche(n) erwartet, um die Bedeutung der neuen Varianten besser einschätzen zu können. Eine höhere Transmissibilität kann die Reproduktionszahl signifikant erhöhen und somit das Infektionsgeschehen maßgeblich beschleunigen.

Tabelle 1: Übersicht über wichtige epidemiologische Parameter von 30.10.2020 – 02.02.2020. Das genannte Datum ist das Datum des Berichts. (Quelle: Daten SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES von 30.10- 02.02.2020)

*Seit 18.11.2020 Darstellung der Todesfälle der letzten 7 Tage an Hand des Sterbedatums.

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur COVID-19-Notmaßnahmenverordnung – COVID-19-NotMV (Inkrafttreten 17.11.2020; Außerkrafttreten 06.12.2020)

AGES	30.10.	31.10.	01.11.	02.11.	03.11.	04.11.	05.11.	06.11.	07.11.	08.11.	09.11.	10.11.	11.11.	12.11.
7-Tages-Inzidenz	273,2	296,6	315,5	335,6	355,1	378	405,7	405,7	443,8	459	472	483,1	488,8	527,9
14-Tages-Inzidenz	427,8	469	504,8	538,1	570,2	621	669,7	669,7	754,4	789,9	825,1	863,9	891,8	961,0
R _{eff}	1,38	1,41	1,44	1,44	1,4	1,36	1,35	1,35	1,31	1,32	1,29	1,26	1,21	1,20
Wachstumsrate %	9,35	10,65	10,73	8,84	6,75	5,62	5,93	5,93	7,51	7,76	5,04	2,93	2,29	2,35
Todesfälle der letzten 7 Tage	23	27	24	26	29	28	30	30	38	34	31	41	52	54

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur Änderung der COVID-19-Notmaßnahmenverordnung – COVID-19-NotMV (Inkrafttreten 27.11.2020; Außerkrafttreten 06.12.2020)

AGES	13.11.	14.11	15.11	16.11	17.11	18.11	19.11	20.11	21.11	22.11	23.11
7-Tages-Inzidenz	549,4	539,7	539,2	522,1	519,1	523,0	496,9	477,7	468,5	468,7	450,8
14-Tages-Inzidenz	1.003,7	1.021,0	1.026,3	1.023,3	1.031,2	1.048,5	1.047,1	1.042,6	1.021,1	1.019,1	988,8
R _{eff}	1,21	1,19	1,17	1,13	1,09	1,05	1,04	1,02	0,99	1,00	0,99
Wachstumsrate %	3,44	4,13	3,24	0,85	-1,24	-1,67	-0,90	-0,79	0,01	-0,83	-2,10
Todesfälle der letzten 7 Tage	53	56	55	54	51	311*	342	336	348	331	320

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur 2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 07.12.2020; Außerkrafttreten 16.12.2020)

AGES	24.11.	25.11.	26.11.	27.11.	28.11.	29.11.	30.11.	01.12.	02.12.
7-Tages-Inzidenz	430,5	413,0	401,2	382,2	361,7	346,6	346,4	332,0	311,1
14-Tages-Inzidenz	966,6	950,1	907,0	869,8	844,2	829,6	804,9	774,2	733,7
R _{eff}	0,95	0,92	0,89	0,87	0,87	0,88	0,9	0,87	0,84
Wachstumsrate %	-5,34	-5,44	-3,76	-2,53	-1,83	-2,64	-4,23	-5,97	-5,50
Todesfälle der letzten 7 Tage	364	361	392	441	454	430	398	442	470

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur 3. COVID-19 Schutzmaßnahmenverordnung
(Inkrafttreten 17.12.2020; Außerkrafttreten 25.12.2020)

AGES	03.12.	04.12.	05.12.	06.12.	07.12.	08.12.	09.12.	10.12.
7-Tages-Inzidenz	292,9	277,3	263,1	249,3	247,0	237,2	229,3	219,5
14-Tages-Inzidenz	703,6	670,4	631,3	601,5	598,9	574,9	546,3	515,6
R _{eff}	0,83	0,82	0,81	0,81	0,85	0,84	0,83	0,81
Wachstumsrate %	-4,57	-3,63	-2,52	-2,36	-4,83	-6,23	-5,36	-4,50
Todesfälle der letzten 7 Tage	464	496	516	492	447	466	417	441

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur Änderung der 3. COVID-19 Schutzmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 23.12.2020; außer Kraft getreten 25.12.2020) und 2. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 26.12.2020; Außerkrafttreten 24.01.2021)

AGES	11.12.	12.12.	13.12.	14.12.	15.12.	16.12.	17.12.
7-Tages-Inzidenz	211,7	204,6	202,2	206,1	208,6	209,8	208,2
14-Tages-Inzidenz	491,8	476,8	464,8	464,6	457,4	444,3	430,5
R _{eff}	0,79	0,81	0,82	0,87	0,88	0,88	0,89
Wachstumsrate %	-3,75	-2,5	-1,94	-3,02	-3,12	-2,18	-1,34
Todesfälle der letzten 7 Tage	444	469	415	383	413	454	430

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur 1. Novelle der 2. COVID-19 Notmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 05.01.2020; Außerkrafttreten 24.01.2021)

AGES	18.12.	19.12.	20.12.	21.12.	22.12.	23.12.	24.12.	25.12.	26.12.	27.12.	28.12.	29.12.
7-Tages-Inzidenz	197,2	188,5	176,8	164,9	158,3	156,3	161,0	158,9	149,6	148,0	150,8	150,5
14-Tages-Inzidenz	413,6	396,8	382,3	375,1	371,0	370,3	373,8	358,6	341,6	327,1	317,2	308,6
R _{eff}	0,88	0,87	0,87	0,88	0,87	0,88	0,91	0,93	0,92	0,89	0,87	0,86
Wachstumsrate %	-0,82	-0,72	-0,80	-3,19	-4,95	-4,89	-4,19	-2,28	-2,24	-3,08	-4,22	-3,50
Todesfälle der letzten 7 Tage	425	416	392	359	385	406	409	349	308	286	255	336

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur Verlängerung der 2. Novelle der 2. COVID-19 Notmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 15.01.2021; Außerkrafttreten 24.01.2021)

AGES	30.12.	31.12.	01.01.	02.01.	03.01.	04.01.	05.01.	06.01.	07.01.	08.01.	09.01.	10.01.	11.01.
7-Tages-Inzidenz	154,8	155,4	154,1	151,0	151,2	149,4	171,2	169,1	162,8	162,4	170,7	170,2	164,6
14-Tages-Inzidenz	310,7	317,5	314,9	302,0	298,7	300,9	323,5	326,4	318,7	320,2	331,9	336,1	332,6
R _{eff}	0,86	0,91	0,97	0,97	0,96	0,97	1,01	1,00	1,00	1,01	1,04	1,08	1,06
Wachstumsrate %	-1,81	0,77	2,21	2,16	-0,46	-3,12	-0,73	0,65	3,71	3,74	2,21	0,69	-1,11
Todesfälle der letzten 7 Tage	342	334	313	261	190	153	264	286	255	268	262	249	236

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur 3. COVID-19 Notmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 25.01.2021; Außerkrafttreten 03.02.2021)

AGES	12.01.2021	13.01.2021	14.01.2021	15.01.2021	16.01.2021	17.01.2021	18.01.2021	19.01.2021
7-Tages-Inzidenz	157,9	149,3	143,4	138,1	131,1	127,3	123,6	122,6
14-Tages-Inzidenz	326,3	317,9	304,7	299,2	300,1	295,5	286,5	279,9
R _{eff}	1,02	0,97	0,94	0,94	0,94	0,96	0,95	0,910
Wachstumsrate %	-2,65	-1,86	-0,25	-0,51	-1,59	-2,97	-4,10	-5,36
Todesfälle der letzten 7 Tage	256	260	246	247	243	242	244	256

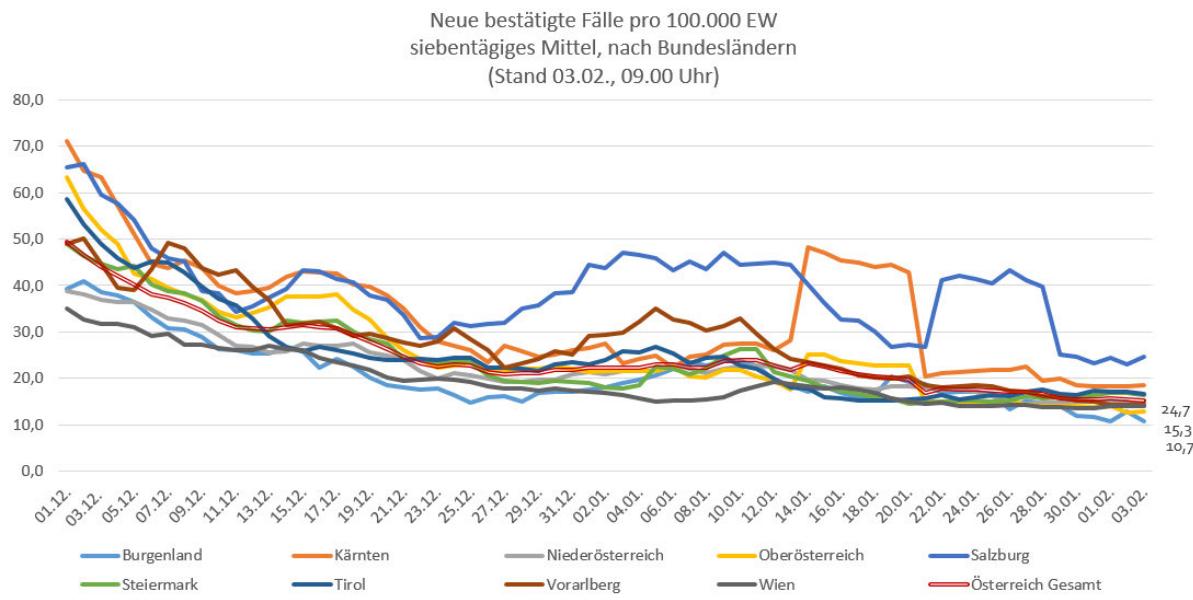
**Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur 4. COVID-19 Notmaßnahmenverordnung
(Inkrafttreten 04.02.2021; Außerkrafttreten 07.02.2021)**

AGES	20.02.2021	21.01.2021	22.01.2021	23.01.2021	24.01.2021	25.01.2021	26.01.2021	27.01.2021
7-Tages-Inzidenz	116,5	117,2	120,3	118,9	118,2	116,8	114,9	114,7
14-Tages-Inzidenz	264,8	260,8	258,5	248,7	245,5	239,8	237,1	231,1
R _{eff}	0,87	0,87	0,89	0,89	0,91	0,93	0,91	0,90
Wachstumsrate %	-3,71	-2,75	-1,72	0,01	-0,19	-1,19	-2,62	-1,46
Todesfälle der letzten 7 Tage	251	233	239	242	215	204	215	218

**Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur 4. COVID-19 Schutzmaßnahmenverordnung
(Inkrafttreten 08.02.2021)**

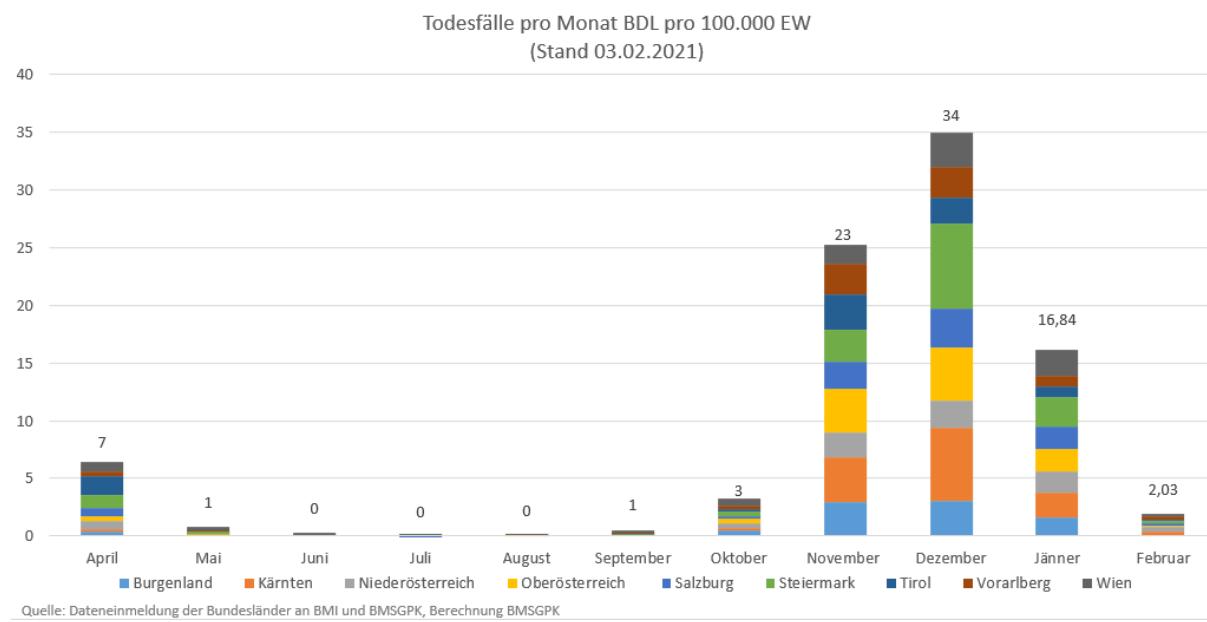
AGES	28.01.2021	29.01.2021	30.01.2021	31.01.2021	01.02.2021	02.02.2021
7-Tages-Inzidenz	108,5	107,3	107,9	105,7	107,4	105,2
14-Tages-Inzidenz	225,7	224,9	224,1	221,2	222,0	217,8
R _{eff}	0,91	0,92	0,94	0,96	0,98	0,97
Wachstumsrate %	-0,50	-0,20	0,25	0,37	-1,69	-2,01
Todesfälle der letzten 7 Tage	224	220	232	200	187	208

Abbildung 1 ()*



* Am 14.01.2021 (OÖ, K) und 22.01.2021 (S) kam es aufgrund der neuen Falldefinition zu einer Nachmeldung von Fällen. (Neue Falldefinition siehe https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:7cd2e2fd-faac-4f5f-acb1-8758212628d4/201223_Falldefinition%20COVID-19.pdf). Die Auswirkung auf die grafische Darstellung ist aufgrund der Berechnung des siebentägigen Mittels für den jeweiligen Zeitraum aufrecht.

Abbildung 2



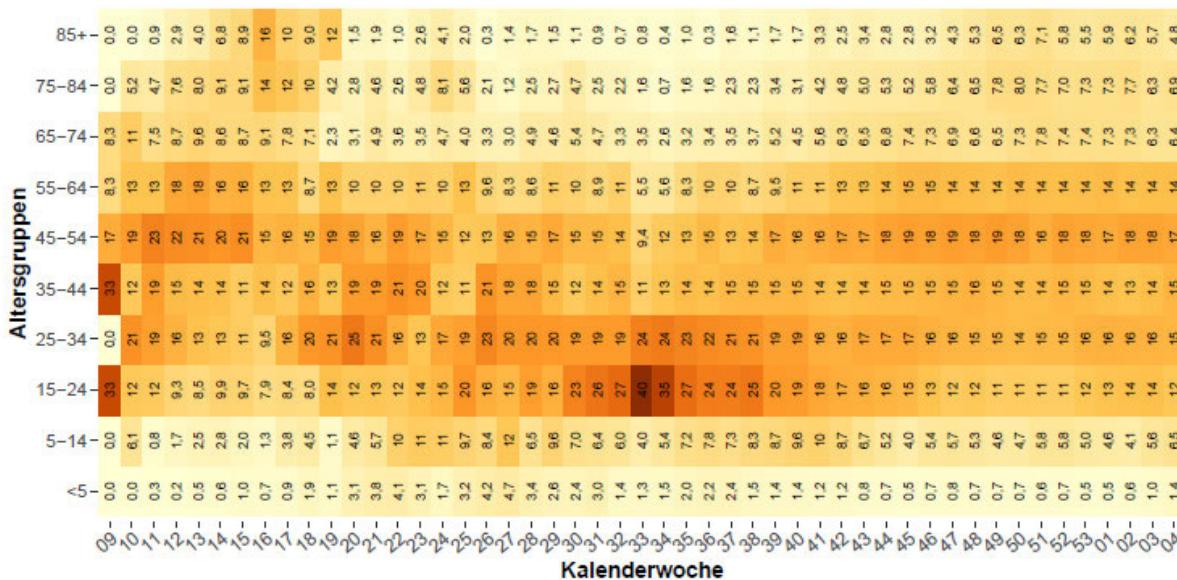
Demografische Verteilung:

Die am stärksten betroffene Altersgruppe ist mit 7723,4 Fällen / 100.000 die Altersgruppe 85+, gefolgt von der Altersgruppe 15-24 mit einer kumulativen Inzidenz von 6027,4 Fällen / 100.000 und der Altersgruppe 45-54 mit 5536,3 Fällen / 100.000 Einwohner. In der weiblichen Bevölkerung sind die Altersgruppen 85+ mit 8211,2 Fällen / 100.000 und 15-24 mit 6015,3 Fällen / 100.000 am stärksten betroffen, während in der männlichen Bevölkerung die Altersgruppen 85+ mit 6725,9 / 100.000 und 15-24 mit 6038,7 Fällen / 100.000 am stärksten betroffen sind. Die meisten COVID-19-Fälle (77%) sind zwischen 15 und 64 Jahre alt. Frauen (51,5%) und Männer (48,5%) sind vergleichbar häufig betroffen. Unter den Todesfällen sind Männer (51,8%) stärker als Frauen (48,2%) vertreten. (Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES 02.02.2021).

Der prozentuelle Anteil der Altersgruppen an den Infizierten pro KW in Abbildung 3 zeigt eine ansteigende Tendenz der prozentuellen Anteile der über 75-jährigen Menschen an den Infizierten - etwa von Anfang September bis KW 51 2020, danach ein leichtes Absinken auf weiterhin relativ hohe Prozentsätze (siehe Abbildung 3, Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES 02.02.2021). Die Zahl der aktiven Fälle/Tag in Alten- und Pflegeheimen sinkt zwar in den letzten Wochen bis dato (02.02.2021), liegt allerdings nach wie vor auf relativ hohem Niveau (siehe Abbildung 5). Da sich schwere Verläufe häufiger in den älteren Bevölkerungsgruppen zeigen, ist damit einhergehend weiterhin eine relativ hohe Zahl von Hospitalisierungen, des Belags auf Intensivstationen und Todesfällen zu erwarten.

Abbildung 3

Altersverteilung der Fälle (in Prozent) nach Kalenderwoche der Labordiagnose
Quelle: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES vom 02.02.2021



Clustersettings und geografische Verteilung:

Quelle: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES vom 30.10.2020 bis 02.02.2021

Indikatoren KW 45 (im Vergleich zu KW 44); Stand 11.11.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle an neu identifizierten Fällen (%): **10% (-6,3)**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle an neu identifizierten Fällen (%): **18,3% (-14,9)**
- Anteil durch Umfeld-Screening identifizierte Clusterfälle an neu identifizierten Clusterfällen: **29,9% (-8,6)**
- Anzahl der von reise-assozierten Clusterfällen betroffenen Bezirke: **30 (-17)**

Indikatoren KW 46 (im Vergleich zu KW 45); Stand 22.11.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle an neu identifizierten Fällen (%): **11,8% (-2,1)**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle an neu identifizierten Fällen (%): **21,4% (-5,0)**
- Anteil durch Umfeld-Screening identifizierte Clusterfälle an neu identifizierten Clusterfällen: **32,2% (+1,1)**
- Anzahl der von reise-assozierten Clusterfällen betroffenen Bezirke: **25 (-12)**

Indikatoren KW 47 (im Vergleich zu KW 46); Stand 23.11.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle an neu identifizierten Fällen (%): **6,5% (-4,6)**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle an neu identifizierten Fällen (%): **6,3% (-17,1)**
- Anteil durch Umfeld-Screening identifizierte Clusterfälle an neu identifizierten Clusterfällen: **19,2% (-10,5)**
- Anzahl der von reise-assozierten Clusterfällen betroffenen Bezirke: **6 (-19)**

Indikatoren KW 48 (im Vergleich zu KW 47); Stand 02.12.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle an neu identifizierten Fällen (%): **12,8% (-1,6)**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle an neu identifizierten Fällen (%): **15,7% (-11,6)**
- Anteil durch Umfeld-Screening identifizierte Clusterfälle an neu identifizierten Clusterfällen: **19,7% (-7,9)**

- Anzahl der von reise-assozierten Clusterfällen betroffenen Bezirke: **11 (-16)**

Indikatoren KW 49 (im Vergleich zu KW 48); Stand 10.12.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle an neu identifizierten Fällen (%): **16,3% (+1,6)**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle an neu identifizierten Fällen (%): **23,0% (-8,5)**
- Anteil durch Umfeld-Screening identifizierte Clusterfälle an neu identifizierten Clusterfällen: **18% (-8,3)**
- Anzahl der von reise-assozierten Clusterfällen betroffenen Bezirke: **6 (-18)**

Indikatoren KW 50 (im Vergleich zu KW 49); Stand 17.12.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle an neu identifizierten Fällen (%): **19,7% (+0,7)**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle an neu identifizierten Fällen (%): **30,4% (-6,9)**
- Anteil durch Umfeld-Screening identifizierte Clusterfälle an neu identifizierten Clusterfällen: **24,8% (-3,1)**
- Anzahl der von reise-assozierten Clusterfällen betroffenen Bezirke: **12 (-12)**

*Indikatoren KW 51; Stand 29.12.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle exkl. Wien (%): **21%**
- Anteil asymptomatischer Fälle Wien (%): **27,4%**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle exkl Wien (%): **39,2%**

Indikatoren KW 52; Stand 29.12.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle exkl. Wien (%): **16,8%**
- Anteil asymptomatischer Fälle Wien (%): **17,6%**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle exkl Wien (%): **19,2%**

Indikatoren KW 53; Stand 11.01.2021:

- Anteil asymptomatischer Fälle exkl. Wien (%): **14,7%**
- Anteil asymptomatischer Fälle Wien (%): **14,7%**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle exkl Wien (%): **32,7%**

Indikatoren KW 1; Stand 11.01.2021:

- Anteil asymptomatischer Fälle exkl. Wien (%): **14,1%**
- Anteil asymptomatischer Fälle Wien (%): **16,1%**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle exkl Wien (%): **8,1%**

Indikatoren KW 2; Stand 19.01.2021:

- Anteil asymptomatischer Fälle exkl. Wien (%): **17,2%**
- Anteil asymptomatischer Fälle Wien (%): **25,3%**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle exkl Wien (%): **41,1%**

Indikatoren KW 3; Stand 27.01.2021:

- Anteil asymptomatischer Fälle exkl. Wien (%): **19,8%**
- Anteil asymptomatischer Fälle Wien (%): **26,0%**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle exkl Wien (%): **50,7%**

Indikatoren KW 4; Stand 02.02.2021:

- Anteil asymptomatischer Fälle exkl. Wien (%): **20,5%**
- Anteil asymptomatischer Fälle Wien (%): **25,4%**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle exkl Wien (%): **42,5%**

*Neue Darstellung der wöchentlichen Indikatoren im täglichen AGES Lagebericht: Keine Darstellung des Vergleichs zur vorhergehenden Kalenderwoche enthalten; tägliche Darstellung der letzten 6 Kalenderwochen; gesonderte Auflistung von Wien.

Clustersettings sind weiterhin gehäuft in Haushalten sowie vereinzelt in Alten- und Pflegeheimen und im Freizeit-Kontext zu finden (Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich 02.02.2021, AGES).

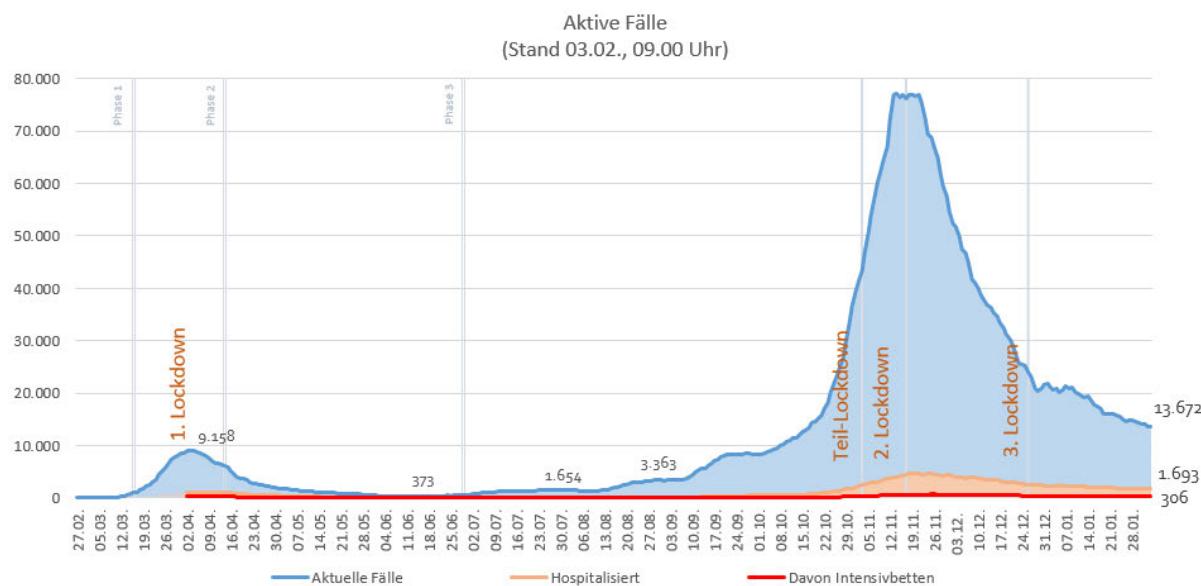
Die höchste kumulative 7-Tages-Inzidenz / 100.000 EW (26.01.2021 – 01.02.2021) verzeichnet das Bundesland Salzburg mit 169,9 Fällen / 100.000 (Fälle = 949), gefolgt von Kärnten und Steiermark mit 125,8 Fällen / 100.000 (Fälle = 706) und 113,6 Fällen / 100.000 (Fälle = 1.416). (Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich 02.02.2021, AGES).

3. Fallzahlenentwicklung

Hinweis: gemäß internationaler (WHO) und EU-weiter (ECDC) Nomenklatur werden unter COVID-19-Fällen sowohl akute SARS-CoV-2-Infektionen als auch COVID-19-Erkrankungen zusammengefasst.

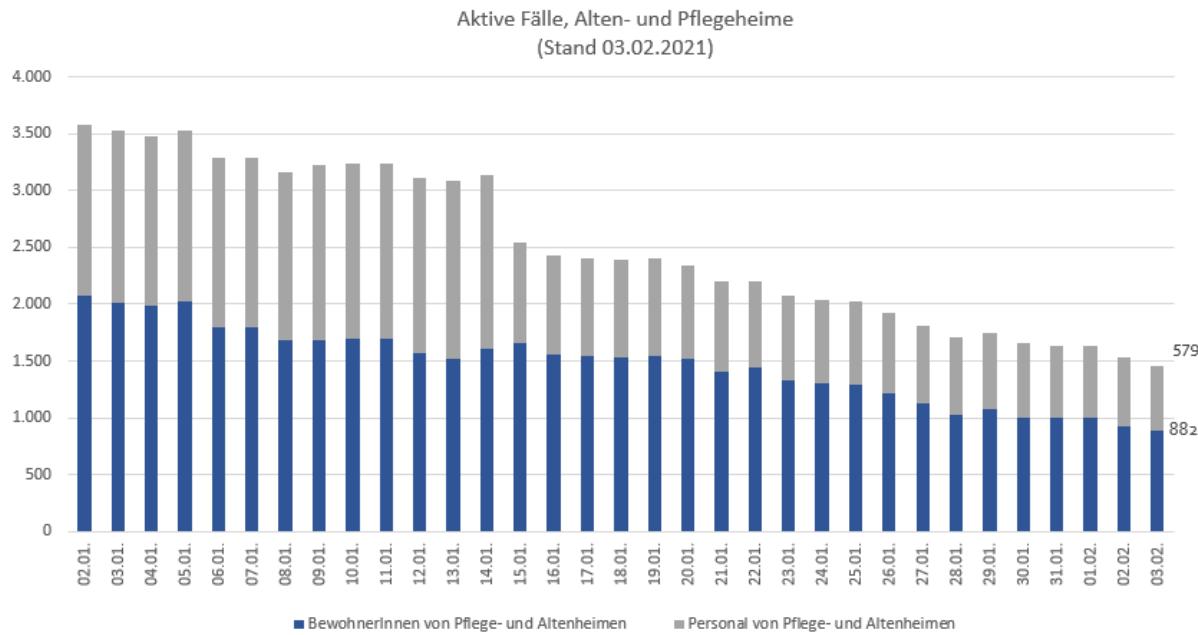
Über die Sommermonate bis Ende August 2020 wurden täglich auf einem stabilen Niveau niedrige Fallzahlen verzeichnet. Seit Anfang September ist ein starker Anstieg der Fallzahlen zu verzeichnen, wobei dieser im Laufe des Oktobers deutlich steiler wurde. Auch nach dem 3.11.2020, dem Datum des Inkrafttretens der SchuMaV, ist eine weitere Zunahme der Fallzahlen bis etwa Mitte November 2020 zu verzeichnen (siehe Abbildung 4). Am 13.11.2020 war ein Peak mit 9568 neu bestätigte Fällen zu verzeichnen. Die COVID-19-Notmaßnahmenverordnung ist am 17.11.2020 in Kraft getreten. In den Tagen nach dem 18.11.2020 zeigt sich ein vorerst leichtes Absinken der Zahl täglich neu bestätigter Fälle. Nach dem 25.11.2020 ist ein deutliches Sinken der Zahl der täglich neu bestätigten Fälle zu erkennen, allerdings bewegten sich die Fallzahlen auch nach Außerkrafttreten der COVID-19 Notmaßnahmenverordnung am 06.12.2020 weiterhin auf einem hohen Niveau. Ab Anfang Dezember wurde nur mehr ein leichter Rückgang der Neuinfektionen verzeichnet. Folglich trat am 26.12.2020 die 2. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung in Kraft, welche in den nachfolgenden Wochen novelliert bzw. durch die 3. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung abgelöst wurde. Am 04.02.2021 tritt die 4. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung in Kraft (siehe Tabelle 1) Seit Ende Dezember bis 12.01.2021 kam es zu einer weitgehenden Stagnation der Zahl aktiver Fälle. Seither waren eine leichte Reduktion der aktiven Fälle und der täglich neu bestätigten Fälle zu beobachten (siehe Abbildung 4, 7, 9).

Abbildung 4



Quellen: aktuelle Fälle – kumulativ bis inkl. 01.04.: EMS; Hospitalisierungen vor 2.4.: interpoliert; alle anderen Daten: Dateneinmeldung der Bundesländer an BMI und BMSGPK; Berechnung BMSGPK

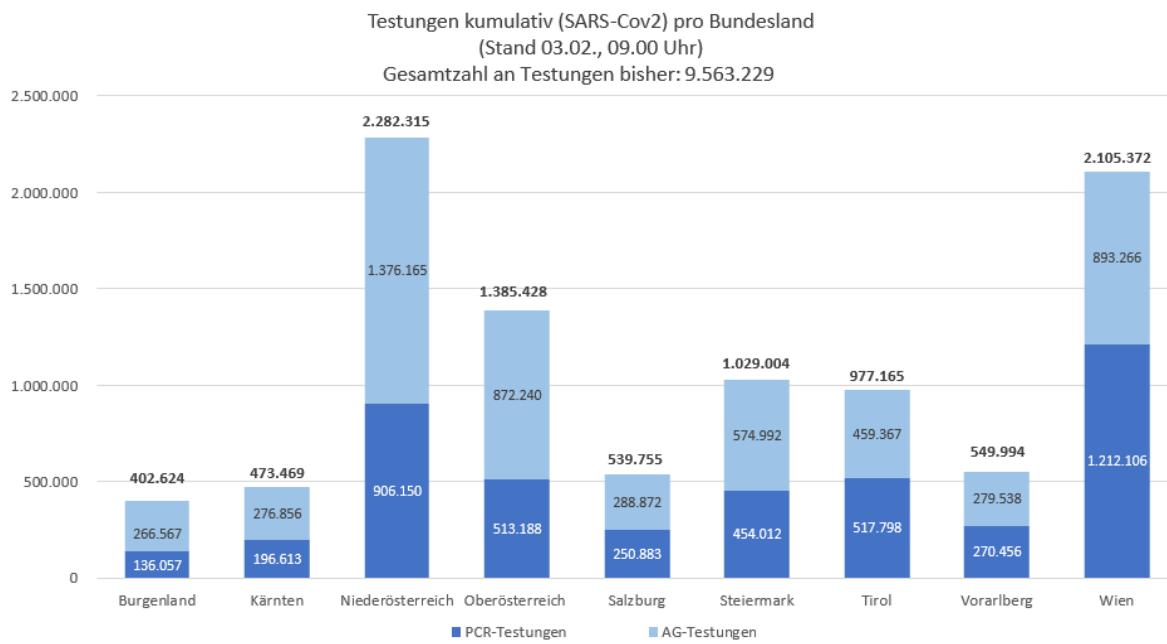
Abbildung 5



Quellen: Dateneinmeldung der Bundesländer an BMI und BMSGPK; Berechnung: BMSGPK

Mit Stand 03.02.2021 gab es seit dem Vortag 1.520 Neuinfektionen bei 1.393 Neu-Genesenen. Am Mittwoch vor einer Woche waren es 1.641 Neuinfektionen. Es wurden seit gestern österreichweit 31.079 PCR-Testungen sowie 150.818 AG-Testungen eingemeldet (9.745.126 Testungen kumulativ, 4.457.263 PCR-Testungen kumulativ und 5.287.863 AG-Testungen kumulativ). (Quelle: Datenübermittlung der Bundesländer an BMI und BMSGPK, 03.02.2021)

Abbildung 6

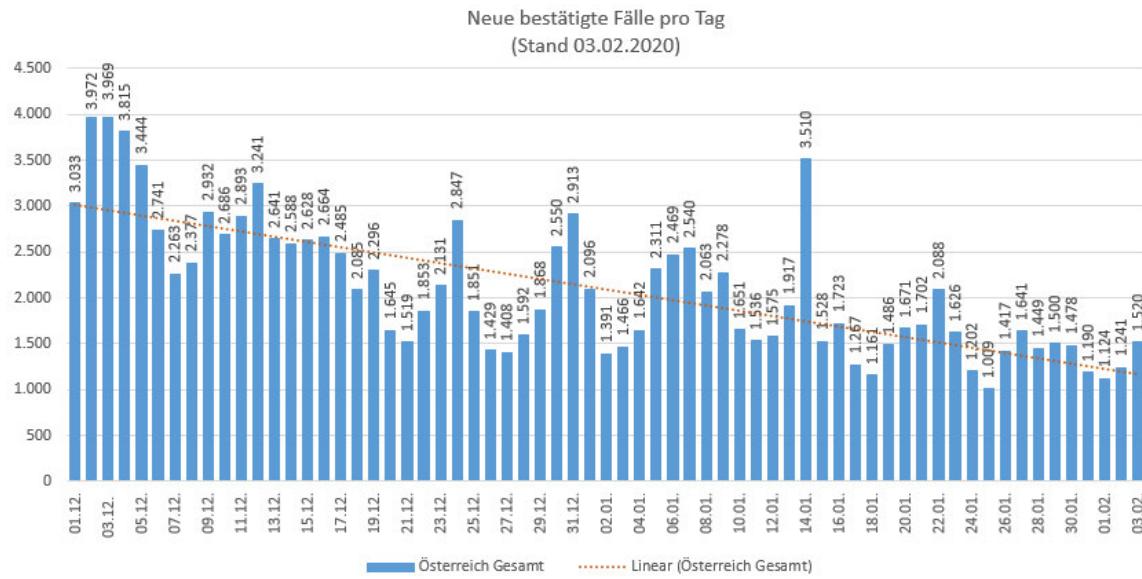


Quelle: Datenübermittlung der Bundesländer an das BMSGPK; Berechnung BMSGPK

Derzeit gibt es 13.672 aktive Fälle (1.693 davon hospitalisiert). Gestern waren es 13.600 aktive Fälle. Es gibt 7.902 Todesfälle lt. Datenübermittlung der Bundesländer (+55 seit gestern). Es sind +72 aktive Fälle mehr als gestern (gestern: -397 aktive Fälle weniger). (Quelle: Datenübermittlung der Bundesländer an BMI und BMSGPK, 03.02.2021)

Die Bandbreite beim Anstieg der Neuinfektionen reicht von 0,24% (Bgl) bis zu 0,58% (Sbg). Bundesweit liegt die Rate bei ca. 0,36% (gestern: 0,30%). (siehe Abbildung 8). (Quelle: Datenübermittlung der Bundesländer an BMI und BMSGPK, 03.02.2021)

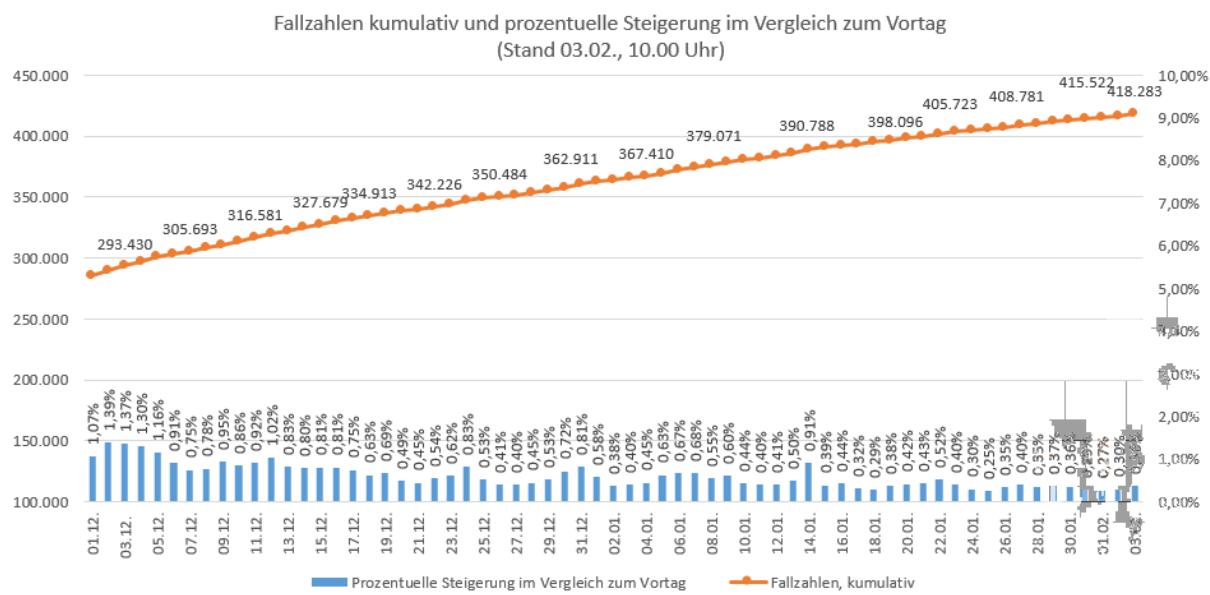
Abbildung 7 (*)



Quelle: Dateneinmeldung der Bundesländer an BMI und BMSGPK, Berechnung BMSGPK

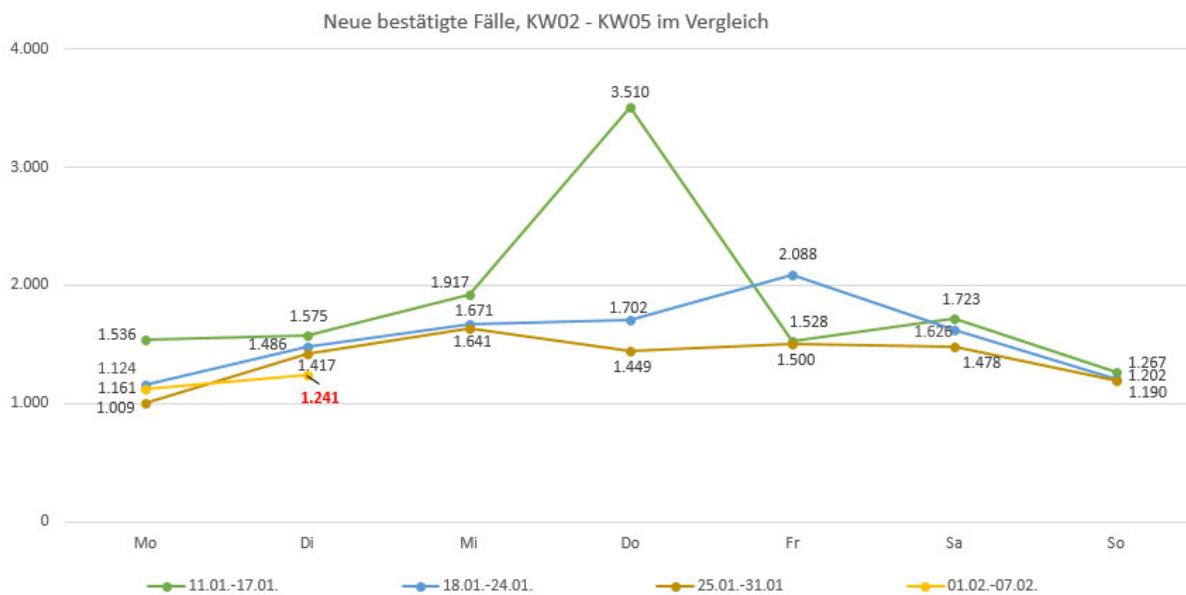
* Am 14.01.2021 (OÖ, K) und 22.01.2021 (S) kam es aufgrund der neuen Falldefinition zu einer Nachmeldung von Fällen. (Neue Falldefinition siehe https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:7cd2e2fd-faac-4f5f-acb1-8758212628d4/201223_Falldefinition%20COVID-19.pdf)

Abbildung 8



Quelle: Datenübermittlung der Bundesländer an das BMSGPK; Berechnung BMSGPK

Abbildung 9 (*)



Quellen: Dateneinmeldung der Bundesländer an BMI und BMSGPK; Berechnung BMSGPK

* Am 14.01.2021 (OÖ, K) und 22.01.2021 (S) kam es aufgrund der neuen Falldefinition zu einer Nachmeldung von Fällen. (Neue Falldefinition siehe https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:7cd2e2fd-faac-4f5f-acb1-8758212628d4/201223_Falldefinition%20COVID-19.pdf)

Dadurch, dass der % Anteil älterer Menschen (über 75-jährige) an der gesamten Anzahl der SARS-CoV-2- Fälle in den vergangenen KWs bis 09.12.2020 weiter zugenommen hat und danach zwar abgesunken ist, aber sich dennoch weiterhin auf hohem Niveau bewegt (siehe Tabelle 2) und weil sich schwere Verläufe häufiger bei der älteren Bevölkerung zeigen, ist damit einhergehend weiterhin eine hohe Belagszahl auf Normalstationen und Intensivstationen (Abbildung 10, 11) und eine hohe Anzahl der Todesfälle (Abbildung 2) zu beobachten. Die Todesfälle pro Monat pro 100 000 Einwohner lagen im Dezember auf dem höchsten Niveau des Jahres 2020.

Tabelle 2:*Kumulative Anzahl der Fälle von SARS-CoV-2 Infektionen nach Altersgruppe der vergangenen 7 Tage**Quelle: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES vom 30.10.2020 bis 02.02.2021*

(26.01.2021 – 01.02.2021)

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	133	1,4	30,5
5-14	595	6,4	70,2
15-24	1.175	12,5	123,0
25-34	1.428	15,2	118,1
35-44	1.427	15,2	121,5
45-54	1.638	17,5	122,8
55-64	1.294	13,8	103,4
65-74	597	6,4	70,9
75-84	643	6,9	102,8
85+	437	4,7	193,1

(20.01.2021 – 26.01.2021)

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	120	1,2	27,5
5-14	588	5,8	69,4
15-24	1.345	13,2	140,7
25-34	1.592	15,6	131,7
35-44	1.492	14,6	127,0
45-54	1.831	17,9	137,3
55-64	1.379	13,5	110,2
65-74	627	6,1	74,5
75-84	672	6,6	107,5
85+	562	5,5	248,3

(04.01.2021 – 10.01.2021)

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	72	0,5	16,5
5-14	659	4,5	77,8
15-24	1.912	13,1	200,1
25-34	2.330	15,9	192,7
35-44	2.019	13,8	171,9
45-54	2.498	17,1	187,3
55-64	2.132	14,6	170,4
65-74	1.067	7,3	126,7
75-84	1.077	7,4	172,2
85+	885	6,0	391,0

(22.12.2020 – 28.12.2020)

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	88	0,7	20,2
5-14	737	5,5	87,0
15-24	1.534	11,4	160,5
25-34	1.984	14,8	164,1
35-44	2.049	15,3	174,4
45-54	2.449	18,3	183,6
55-64	1.855	13,8	148,3
65-74	985	7,4	117,0
75-84	939	7,0	150,2
85+	779	5,8	344,2

(10.12.2020 – 16.12.2020)

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	56	0,5	12,8
5-14	473	4,3	55,8
15-24	1.438	13,2	150,5
25-34	1.719	15,8	142,2
35-44	1.408	12,9	119,9
45-54	1.995	18,3	149,6
55-64	1.517	13,9	121,3
65-74	806	7,4	95,7
75-84	832	7,6	133,1
85+	670	6,1	296,0

(29.12.2020 – 04.01.2021)

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	67	0,4	15,4
5-14	745	4,9	87,9
15-24	1.950	12,8	204,1
25-34	2.437	16,0	201,6
35-44	2.206	14,5	187,8
45-54	2.624	17,2	196,7
55-64	2.111	13,9	168,7
65-74	1.120	7,3	133,0
75-84	1.121	7,4	179,3
85+	858	5,6	379,1

(17.12.2020 – 23.12.2020)

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	98	0,7	22,5
5-14	781	5,4	92,2
15-24	1.547	10,8	161,9
25-34	2.136	14,9	176,7
35-44	2.152	15,0	183,2
45-54	2.497	17,4	187,2
55-64	1.978	13,8	158,1
65-74	1.046	7,3	124,2
75-84	1.100	7,7	175,9
85+	1.000	7,0	441,8

(03.12.2020 – 09.12.2020)

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	115	0,6	26,4
5-14	940	5,1	111,0
15-24	2.131	11,5	223,0
25-34	2.707	14,6	223,9
35-44	2.646	14,3	225,2
45-54	3.211	17,3	240,7
55-64	2.642	14,3	211,2
65-74	1.485	8,0	176,4
75-84	1.434	7,7	229,3
85+	1.218	6,6	538,2

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	142	0,7	32,6
5-14	963	4,9	113,7
15-24	2.228	11,4	233,1
25-34	2.820	14,4	233,2
35-44	2.874	14,7	244,6
45-54	3.695	18,9	277,0
55-64	2.680	13,7	214,2
65-74	1.299	6,6	154,3
75-84	1.587	8,1	253,8
85+	1.254	6,4	554,1

(01.12.2020 – 07.12.2020)

(25.11.2020 – 01.12.2020)

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	149	0,7	34,2
5-14	933	4,4	110,1
15-24	2.355	11,2	246,4
25-34	3.121	14,8	258,1
35-44	3.119	14,8	265,5
45-54	4.049	19,2	303,6
55-64	2.848	13,5	227,6
65-74	1.412	6,7	167,7
75-84	1.720	8,1	275,1
85+	1.409	6,7	622,6

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	182	0,7	41,8
5-14	1.411	5,1	166,5
15-24	3.289	11,9	344,2
25-34	4.095	14,8	338,7
35-44	4.316	15,6	367,4
45-54	5.078	18,3	380,7
55-64	3.852	13,9	307,9
65-74	1.876	6,8	222,8
75-84	1.946	7,0	311,2
85+	1.643	5,9	725,9

(18.11.2020 – 24.11.2020)

(11.11.2020 – 17.11.2020)

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	268	0,7	61,5
5-14	2.029	5,5	239,5
15-24	4.406	12,0	461,1
25-34	5.684	15,5	470,1
35-44	5.828	15,9	496,1
45-54	6.946	18,9	520,7
55-64	5.188	14,1	414,7
65-74	2.432	6,6	288,8
75-84	2.328	6,3	372,3
85+	1.656	4,5	731,7

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	334	0,7	76,6
5-14	2.587	5,6	305,3
15-24	5.848	12,6	612,0
25-34	7.491	16,1	619,6
35-44	7.068	15,2	601,7
45-54	8.663	18,6	649,5
55-64	6.875	14,8	549,5
65-74	3.365	7,2	399,6
75-84	2.764	5,9	442,1
85+	1.561	3,4	689,7

(04.11.2020 – 10.11.2020)

(28.10.2020 – 03.11.2020)

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	258	0,6	59,2
5-14	1.849	4,3	218,2
15-24	6.316	14,5	660,9
25-34	7.267	16,7	601,1
35-44	6.331	14,6	538,9
45-54	8.039	18,5	602,7
55-64	6.423	14,8	513,4
65-74	3.333	7,7	395,8
75-84	2.382	5,5	381,0
85+	1.306	3,0	577,0

Altersgruppe	Fälle	in %	pro 100.000 EW
<5	217	0,6	49,8
5-14	1.509	4,5	178,1
15-24	5.136	15,3	537,4
25-34	5.693	16,9	470,9
35-44	4.921	14,6	418,9
45-54	6.143	18,3	460,5
55-64	4.878	14,5	389,9
65-74	2.367	7,0	281,1
75-84	1.829	5,4	292,5
85+	949	2,8	419,3

Die Hospitalisierungen gesamt (1.693) sind gesunken, -26 seit gestern. Auf Normalbetten liegen heute 1.387 Patient/innen. Bei den Intensivbetten ist die Zahl gestiegen, heute sind es 306 (+6 seit gestern). Im Vergleich zu vor einer Woche sind die Hospitalisierungszahlen gesamt gesunken (heute -9,61% im Vergleich zum 27. Jänner), auf Intensivbetten liegen heute weniger Patient/innen als vor einer Woche (-1,61%). (Quelle: Datenübermittlung der Bundesländer an BMI und BMSGPK, 03.02.2021).

Abbildung 10

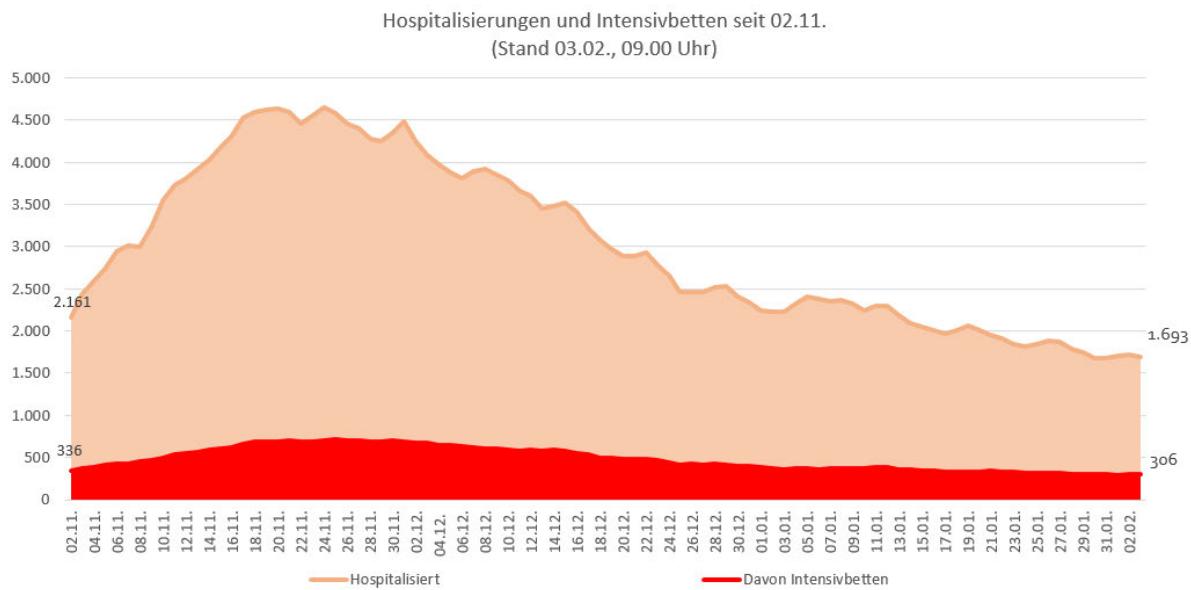
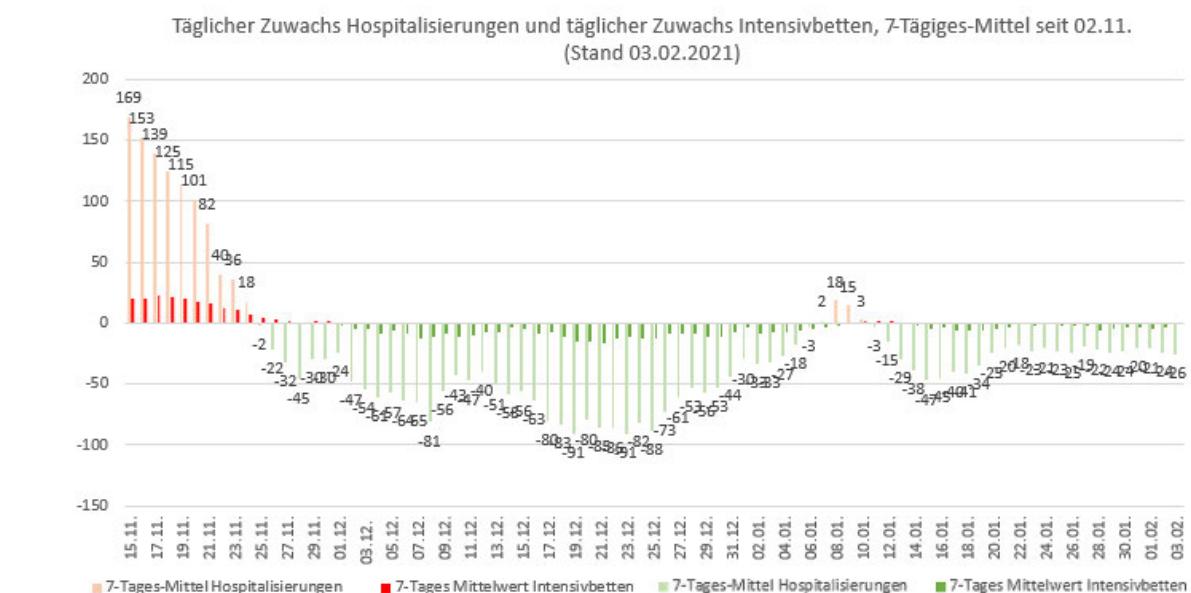


Abbildung 11



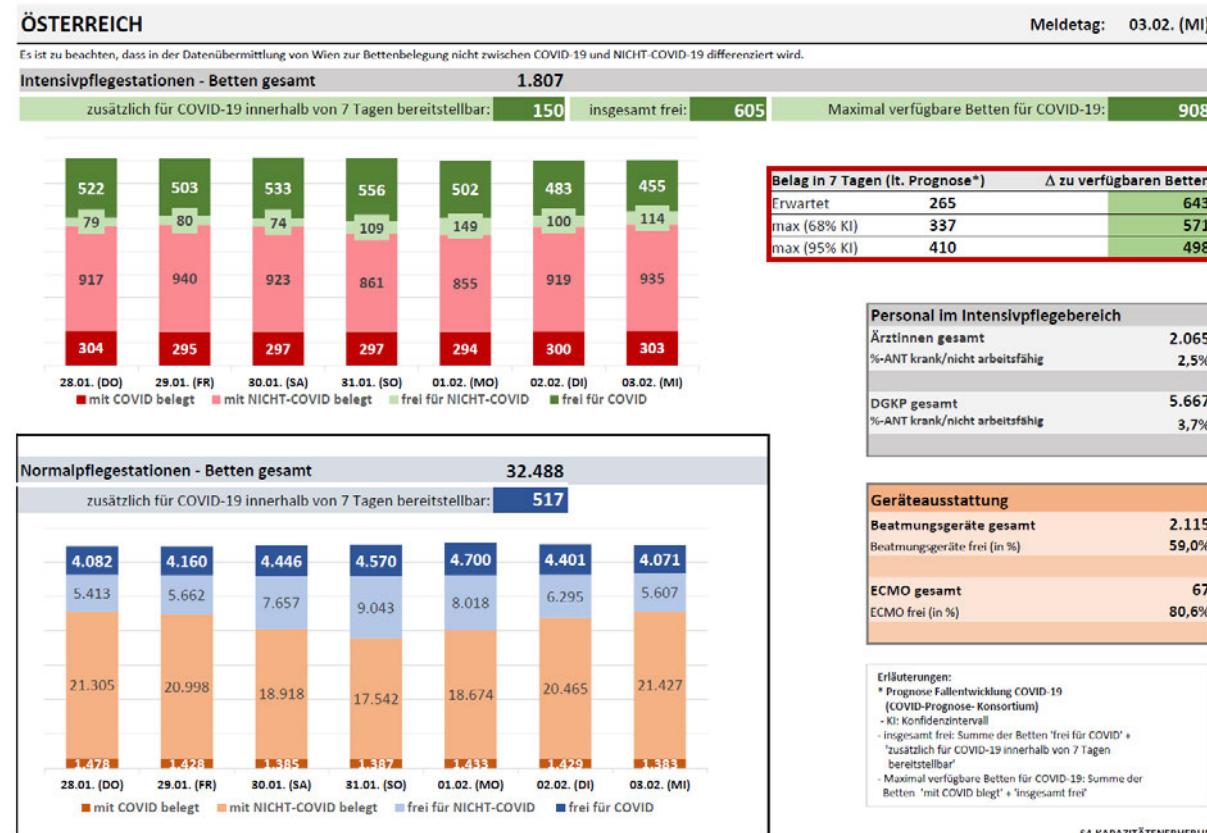
4. Kapazitäten und aktuelle Auslastung in Krankenhäusern

Kurzfassung des aktuellen Letztstands zur Kapazitätsmeldung von **Mittwoch, 03.02.2021** und eine aktuelle graphisch aufbereitete 7-Tagesübersicht (**28.01. bis 03.02.2021**).

Beatmungsgeräte sind in allen Bundesländern noch frei verfügbar. Insgesamt sind österreichweit (ohne Wien) **59 %** der Beatmungsgeräte verfügbar.

- Bettenkapazitäten im **Normalpflegebereich** stehen weiterhin zur Verfügung. Österreichweit gegenüber dem Vortag insgesamt abnehmender **Covid-19-Belag** (-46), wobei jedoch Zunahmen in OÖ (+5) und STMK/TR (+1) verzeichnet wurden. Insgesamt werden derzeit österreichweit auf den Normalpflegestationen 1.383 COVID-Fälle betreut.
- Bettenkapazitäten im Intensivpflegebereich stehen noch zur Verfügung. Insgesamt sind die **Covid-19-Fälle auf Intensivstationen** bundesweit gegenüber dem Vortag um +3 gestiegen, wobei Zunahmen in Wien (+5) und NÖ/TR (+1) zu verzeichnen waren. Insgesamt werden derzeit auf den Intensivpflegestationen 303 Covid-19-Fälle betreut.
- Per 03.02.2021 lag die **Auslastung** aller für COVID nutzbaren **Intensivbetten** gemäß Ländermeldungen an das BMSGKP bei **33,4%**. Bezogen auf die gesamte Bettenkapazität auf Intensivpflegestationen (per 03.02.2021 1.807 Betten in ges. Ö) lag die Auslastung bei 16,8%.
- **Personalausfälle im Intensivbereich** sind weiterhin überschaubar. Höchste Werte bei ärztlichem Personal in KNT (5%) und BGL/STMK (4%) und bei DGKP in BGL (5%), OÖ/STMK/KNT/NÖ (4%).

Grafische Darstellung zur Auslastung der Kapazitäten in Österreich



Anteil der freien Beatmungsgeräte und des nicht arbeitsfähigen Personals

	Anteil freier Beatmungsgeräte	Anteil nicht arbeitsfähiger Ärztinnen/-Ärzte	DGKP
Burgenland	14%	4%	5%
Kärnten	74%	5%	4%
Niederösterreich	66%	2%	4%
Oberösterreich	52%	2%	4%
Salzburg	29%	1%	3%
Steiermark	75%	4%	4%
Tirol	21%	3%	3%
Vorarlberg	60%	0%	1%
Wien	k.A.	k.A.	k.A.
Osterreich (ohne Wien)	59%	2%	4%

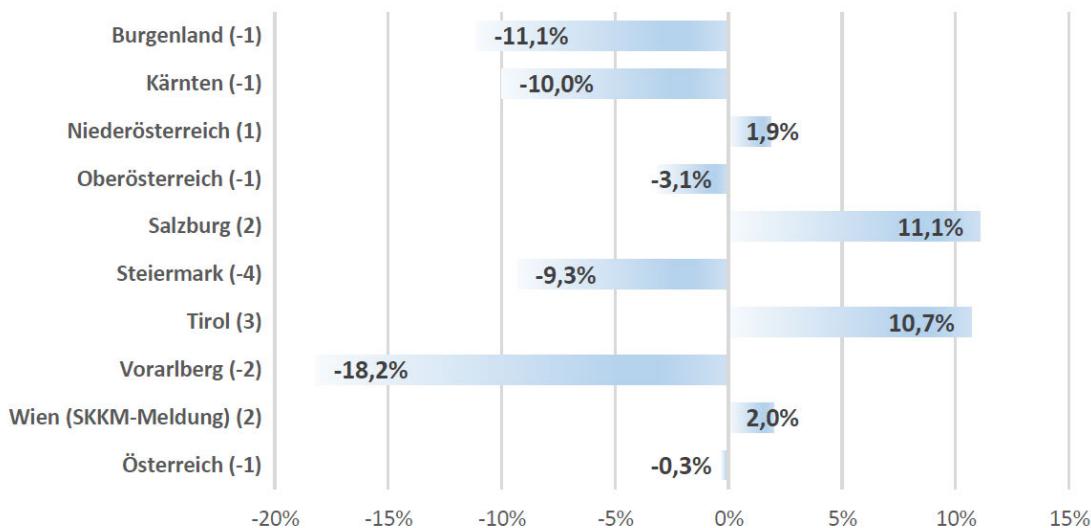
Anmerkungen: rot: Anteil freier Beatmungsgeräte < 35 % / rot: Anteil nicht arbeitsfähiges Personal > 10 %

	heutiger COVID-19-Belag	Veränderung COVID-19-Belag zum Vortag	frei gesamt (in%)*
Burgenland	8	0	23%
Kärnten	9	0	20%
Niederösterreich	54	1	28%
Oberösterreich	31	0	32%
Salzburg	20	-2	23%
Steiermark	39	-2	30%
Tirol	31	1	21%
Vorarlberg	9	0	19%
Wien (SKKM-Meldung)**	102	5	
Österreich gesamt**	303	3	

* Anteil der am Erhebungstag freien Intensivpflegebetten (COVID-19 + NICHT-COVID-19) an den gesamten Intensivpflegebetten (in %)

** Für Wien und Österreich gesamt wird kein Wert "frei gesamt (in%)" ausgewiesen, da in der Datenübermittlung von Wien zur Bettenbelegung nicht zwischen COVID-19 und NICHT-COVID-19 differenziert wird.

Entwicklung der COVID-19-Belagszahlen in den letzten 7 Tagen



Anmerkung: Veränderung des COVID-19 Belags in den letzten 7 Tagen, absolut (in Klammer) und in %

-Belagszahlen beziehen sich auf Intensivpflegestationen

5. Prognose und Kapazitätsvorschau

Die Entwicklung der Fallzahlen wird seit April im Rahmen von Prognoserechnungen wöchentlich modelliert, um eine zumindest kurzfristige Vorausschau zu ermöglichen. Am **Montag, 01.02.2021** wurde eine neue Prognose durch das vom Gesundheitsministerium beauftragte COVID-Prognosekonsortium (GÖG, MUW/csh, TU Wien/dwh, AGES) zur Entwicklung der COVID-19 Fälle errechnet. Die Ausführungen über die künftige Entwicklung der Coronaerkrankten wurde in einem multiplikativen Prozess aus den Modelloutputs der oben genannten Institutionen ermittelt. Ausgangspunkt für die Szenarienentwicklung waren folgende Annahmen: (1) Die ergriffenen Maßnahmen zur Reduktion der Sozialkontakte wirken effektiv (auf das angestrebte Verhalten); (2) Aufgrund der Inkubationszeit treten die Wirkungen zeitverzögert ein. Ergänzende Beschreibungen zu den Modellannahmen sind der Beilage 4 „*Prognose Fallentwicklung COVID-19 / Bettenkapazitäten vom 02.02.2021*“ zu entnehmen.

Die konsolidierte Prognose zeigt folgenden Trend der Fallentwicklung sowie eine Kapazitätsvorschau des Patientenaufkommens in den Spitäler unter Berücksichtigung der Effekte von gesetzten Maßnahmen:

- Die aktuellen Prognosen gehen von einem **Infektionsgeschehen** von rund 1.500 Fällen/Tag aus (inklusiv positiv Massengetestete).
- Bei der Kapazitätsvorschau wird von einem Rückgang des Belages **auf ICU von 294** (am 01.02.) **auf 255** (am 16.02.) ausgegangen. Mit 68% Wahrscheinlichkeit liegt der ICU-Belag am 16.02. zwischen 176 und 349. Auf Normalstationen wird ein Rückgang des Belages von 1.433 (am 01.02.) auf 1.340 (am 16.02.) erwartet. Mit 68% Wahrscheinlichkeit liegt der Belag auf Normalstationen am 16.02. zwischen 895 und 1.884.
- In Bezug auf die **Virus-Mutationen** („Variant of Concern“, VOC) ist zu berichten:

Nach wie vor liegt unzureichende Evidenz zum Ausmaß der Verbreitung der neuen Virus-Mutante(n) in Österreich vor, insbesondere in Hinblick auf regionale Durchdringung und zeitliche Dynamik. Beobachtungsdaten aus einzelnen Bundesländern zeigen aber einen Anstieg der Prävalenz von Verdachtsfällen binnen der ersten Kalenderwochen des Jahres, zudem können erste Rückschlüsse auf die Regionalität gezogen werden. Dem Prognose-Konsortium liegen Daten aus zwei Bundesländern vor, die auf einen Anteil von N501Y-Varianten an der 7-Tages-Inzidenz in KW 3 von über 20 % schließen lassen. In KW 1 lag der Anteil noch bei ca. 5 %, was einem Verdoppelungszeitraum von einer Woche entspricht. Diese Wachstumsrate deckt sich auch mit den Beobachtungen aus UK, wo eine erhöhte Transmissibilität dieser Varianten in einem Bereich zwischen 22% und 74% publiziert wurde. Es ist davon auszugehen, dass eine ähnliche Dynamik auch in jenen Bundesländern möglich sein kann, in welchen derzeit das Ausmaß der Verbreitung der Mutante noch nicht quantitativ abgeschätzt werden kann. Um eine Prognose abgeben zu können, ob und wann die neuen Varianten das Infektionsgeschehen dominieren werden, sind noch genauere und flächendeckendere Informationen zur Verbreitung der Varianten in den einzelnen Bundesländern über mehrere Wochen hinweg notwendig. Die **zunehmende Verbreitung der Infektionen mit Varianten mit N501Y** ist aber überall dort, wo es zu einem gehäuften Auftreten kommt, beobachtbar. Prognosen über einen Zeithorizont von über 8 Tagen sind mit großer Unsicherheit behaftet. Aussagen darüber hinaus lassen sich nur anhand von modellhaften Annahmen über entscheidende Parameter, über die es noch keine gesicherte Evidenz gibt, simulieren.

- Gemäß der am 1. Februar im Rahmen der neuen BMSGPK-Berichtsschiene gemeldeten Kapazitäten kommt es innerhalb des Prognosezeitraums (Punktschätzer) in keinem Bundesland zu einer Überschreitung der verfügbaren **Intensivbetten**. Aktuell ist ebenfalls in keinem

Bundesland eine Überschreitung der maximal verfügbaren Kapazitäten (ohne Zusatzkapazität) bis zum 10.02. innerhalb des 95%-Intervalls prognostiziert.

	Maximal verfügbare Betten (sofort und in 7 Tagen) im Vergleich zur 7-Tage-Intensivbetten-Prognose.			Weiterer Belags- Trend gem. Prognose nach 7 Tagen
	Erwartet	Maximum (68% KI)	Maximum (95% KI)	
Burgenland	13	9	5	→
Kärnten	32	26	21	→
Niederösterreich	103	89	76	→
Oberösterreich	75	62	50	↘
Salzburg	32	26	20	→
Steiermark	117	101	86	→
Tirol	36	24	12	→
Vorarlberg	61	57	52	→
Wien (SKKM-Meldung)	175	150	121	→
Österreich gesamt	643	571	498	→

Anmerkung: Die Intensivbettenbelags-Prognose des COVID-Prognose-Konsortiums wurde den maximal verfügbaren Intensivbetten (sofort und in 7 Tagen zusätzlich bereitstellbar) gegenübergestellt. Die Einfärbung zeigt ob die maximal verfügbaren Betten für COVID-19-PatientInnen den 7-Tage-prognostizierten Bedarf abdecken oder, ob zu wenig Betten zur Verfügung stehen. Die Werte stellen die Differenz zwischen maximal verfügbaren Betten (sofort und in 7 Tagen zusätzlich bereitstellbar) und dem (prognostizierten) Bettenbedarf in 7 Tagen dar. KI: Konfidenzintervall, **Maximum (95% KI): Worst-Case-Szenario**

Die Belastungsgrenze des Gesundheitssystems wurde von der Corona-Kommission bereits im September 2020 mit 33% Auslastung aller Intensivbetten festgelegt (Manual V 2.5 - <https://corona-ampel.gv.at/corona-kommission/bewertungskriterien/>). Sobald diese Grenze der Tragfähigkeit überschritten ist, bleibt nur ein kurzer Zeitraum für Gegensteuerungs-Maßnahmen, da jene auch Zeit brauchen, bis sich die Wirkung auf Grund von Inkubationszeiten etc. niederschlägt.

Die Prognosen sind regional heterogen ausgeprägt und zeigen für alle Bundesländer einen Rückläufigen Trend der Belegungs-Werte. In keinem Bundesland liegt die **aktuelle ICU-Auslastung durch COVID-19** Beleg (sh. Beilage 5), über 50 %, welcher von der Corona Kommission als Schwellenwert für den Sanitären Notstand festgelegt wurde (sh. Beilage 4). Die **höchsten Werte** finden sich in Wien (39,4%), VLBG (17,3%) und TR (16,2%); dieser Wert liegt in den definierten Konfidenzintervallen der Prognose. Bei Fortdauer des Trends in den Belegungszahlen scheint eine Regelversorgung der verbleibenden Nicht-Covid-19 PatientInnen in einzelnen Bundesländern zunehmend gewährleistet.

6. Belege zur Wirksamkeit von Maßnahmen

6.1 Zusammenfassung der Empfehlungen von offiziellen Stellen (ECDC WHO RKI) zur Implementierung von nicht-pharmazeutischen Interventionen

Diese Zusammenfassung stellt eine Übersicht der wichtigsten Punkte dar, eine detailliertere Zusammenstellung (teilweise in der englischen Originalfassung) findet sich im Anhang.

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

Infographic: Mutation of SARS-CoV2 - current variants of concern (21.01.2021) -

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-infographic-mutations-current-variants-concern>; letzter Zugriff 02.02.2021

Weltweit wurden **Mutationen** von SARS-CoV-2 entdeckt, die **genau beobachtet** werden sollten. Darunter fallen die Varianten VOC 202012/1, 501 Y.V2 und P.1, die mit einer **verstärkten Übertragbarkeit** einhergehen. Auch eine verminderte Impfwirkung ist bei Varianten möglich.

Risk Assessment: Risk related to spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA – first update (21.01.2021) - <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-risk-assessment-spread-new-variants-concern-eueea-first-update>; letzter Zugriff 02.02.2021

Aufgrund der höheren Übertragbarkeit der neuen Virusvarianten wird das **Risiko**, dass sich die Virusvarianten in weiteren Ländern etablieren, bzw. verbreiten, als **hoch bis sehr hoch** eingestuft. Dies kann zu einer Erhöhung der Fallzahlen und somit zu einer erhöhen der Todesfälle führen.

Um die Verbreitung der Virusvarianten zu unterbinden, müssen eventuell **stärkere Maßnahmen gesetzt** werden als bisher. Nicht-pharmazeutische Maßnahmen sollten nur nachgründlicher Abwägung gelockert werden. Fokus sollte auch auf Testung und Detektion der Varianten gelegt werden sowie auf Kontaktpersonennachverfolgung.

Nicht-essentielle Reisen sollten nicht stattfinden. Quarantäne und Testung von Reisenden soll beibehalten werden.

Risk Assessment: Risk related to spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA (29.12.2020) - <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-risk-assessment-spread-new-sars-cov-2-variants-eueea>; letzter Zugriff 02.02.2021

Eine **neue Variante** des SARS-CoV-2 Virus "VOC 202012/01" wurde Ende des Jahres 2020 zuerst in der UK sequenziert und **verbreitet sich nun in Europa** und teilweise auch in außereuropäischen Ländern. Erste Untersuchungen zeigen eine **höhere Transmissionsrate** im Vergleich zu anderen Varianten. In Südafrika wurde ebenfalls eine Variante sequenziert, die mit einer höheren Transmissionsrate einhergehen könnte.

Durch die höhere Übertragbarkeit besteht ein hohes Risiko, dass es zu einer **starken Belastung des Gesundheitssystems** kommen kann.

Es wird empfohlen nicht-pharmazeutische **Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung fortzuführen** und, in Abhängigkeit der örtlichen epidemiologischen Lage, **Einschränkungen** im Bereich **Reisen**, Veranstaltungen und **Zusammenkünfte** zu erlassen.

Des Weiteren sollen **Fälle verstärkt beobachtet und verfolgt** werden – zielgerichtete Kontaktpersonennachverfolgung, Sequenzierung von Proben, Isolation und Testung von Verdachtsfällen und Kontaktpersonen, die im Verdacht stehen mit einer der neuen Varianten infiziert zu sein.

Rapid Risk Assessment: Increased transmission of COVID-19 in the EU/EEA and the UK – thirteenth update (23.10.2020) - <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-risk-assessment-increased-transmission-thirteenth-update>; letzter Zugriff 02.02.2021

An die epidemiologische Situation angepasste nicht-pharmazeutische Maßnahmen stellt weiterhin ein fundamentales Element der Transmissionskontrolle dar.

Maßnahmen, die weiterhin von Ländern implementiert werden sollen, sind: Maßnahmen zur **physischen Distanzierung** (inklusive der **Vermeidung von Versammlungen großer Menschengruppen**), Händehygiene und Atemhygiene sowie der **Einsatz von Mund-Nasen-Schutz**.

Wenn durch die sub-nationale oder nationale Lageentwicklung notwendig, können zusätzliche Maßnahmen gesetzt werden, um Transmissionen zu reduzieren. Diese sind die **Schließungen von Einrichtungen** oder, als letzte Instanz, die **Implementierung von Ausgangsbeschränkungen**.

Kapazitäten im Gesundheitssystem müssen verstärkt werden und Risikogruppen und Gesundheitspersonal geschützt werden.

Sobald durch die hohe Anzahl an Fällen die Testkapazitäten überschritten werden, müssen Testungen anhand von Prioritäten vorgenommen werden.

WHO – World Health Organization

Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19 (04.11.2020) - <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-adjusting-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>; letzter Zugriff 02.02.2021

Nicht-pharmazeutische Maßnahmen sind essentiell um die Transmission von COVID-19 einzudämmen und Todesfälle zu vermeiden. Die Entscheidung ob Maßnahmen implementiert werden, sollte anhand des lokalen Schweregrad der Transmission und der lokalen Kapazitäten im Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Effekte der Maßnahmen auf das soziale Wohlbefinden getroffen werden.

Zusätzliche Maßnahmen sollten gesetzt werden, sobald sich die Situation verschlechtert, da **Verzögerung in der Implementierung von Maßnahmen** mit einer **erhöhten Mortalität** einhergeht.

Die WHO beschreibt Empfehlungen für nicht-pharmazeutische Maßnahmen anhand von Leveln, die die epidemiologische Situation in den Regionen oder Ländern widerspiegelt.

Situations-Level 2 beschreibt die „**Community Transmission**“, in der durch Setzen von Maßnahmen die Transmission kontrolliert werden kann.

- Reduzierung von Kontakten
- **Individuelle infektionspräventive Maßnahmen** (Händehygiene, Abstand, Masken)
- Geöffnete Bildungseinrichtungen und Geschäften, Setzen von **Maßnahmen zur Risikominimierung**
- Forcierung von Home-Office, Vermeidung von Ansammlungen

Situations-Level 3 beschreibt eine den Fall der „**Community Transmission**“ mit limitierten Ressourcen um auf die Verbreitung zu reagieren. Es besteht das **Risiko eine Überlastung des Gesundheitssystems**.

- Alle Personen sollen ihre sozialen Kontakte reduzieren. Zusätzlich kann die Implementierung folgender Maßnahmen erwogen werden: Die **Schließung von nicht-essentiellen Betrieben** und Einrichtungen; **Eingeschränkte Präsenzzeiten** in Universitäten, E-Learning; Implementierung von **Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen** in

Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen; **Strikte Sicherheitsvorgaben** für Events, Verbot von Großveranstaltungen, **Verringerung der Gruppengröße** von Zusammenkünften und Treffen

Situations-Level 4 beschreibt das Stadium einer **unkontrollierten Epidemie** mit geringen oder fehlenden Kapazitäten im Gesundheitssystem

- Implementierung von **strikteren Maßnahmen notwendig** um die Anzahl an Personenkontakten signifikant zu reduzieren; Personen sollen **zuhause bleiben** und **Kontakte** mit Personen außerhalb des eigenen Haushalts **minimieren**; **Schließung von nicht-essentiellen Betrieben** und Einrichtungen oder **Home-Office**; Minimierung von Personenkontakten im Schulbereich (**Distance learning**), Schließung von Bildungseinrichtungen als letzte Instanz wenn es keine geeigneten Alternativen gibt; Implementierung von strikten Maßnahmen im Bereich der Alten- und Langzeitpflege, wie zum Beispiel **Besuchsverbot**

Mask use in the context of COVID-19 (01.12.2020) - [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak/](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak/); letzter Zugriff 02.02.2021

Das Tragen von einfachen Stoffmasken (enstpricht **Mund-Nasen-Schutz**) wird in der allgemeinen Bevölkerung bei Vorliegen einer Community Transmission in folgenden Settings **empfohlen**:

- **Indoor** Settings, in denen **Lüftungsqualität schlecht** oder nicht beurteilbar ist oder in denen ein **Mindestabstand** von 1 Meter **nicht eingehalten** werden kann
 - z.B. Einkaufsläden, Gemeinschaftsbüros, Kirchen, Restaurants, Fitnesscenter, öffentliche Verkehrsmittel, Zuhause bei Besuchen durch Personen außerhalb des eigenen Haushalts
- **Outdoor** Settings, in denen **Distanz nicht gewahrt** werden kann
 - Märkte, Demonstrationen, Anstehschlangen

RKI – Robert-Koch-Institut

Übersicht und Empfehlungen zu neuen SARS-CoV-2-Virusvarianten -
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virusvariante.html; letzter Zugriff 02.02.2021

Variante B.1.1.7 geht mit einer **höheren Übertragbarkeit** einher und es gibt erste **Hinweise auf eine höhere Fallsterblichkeit**. Variante B.1.351 zeigt ebenfalls eine höhere Übertragbarkeit. Der **Schutz neutralisierender Antikörper** (durch durchgemachter Infektion oder Impfung) **könnte verringert sein**. Bei B.1.1.28 P.1 wäre eine höhere Übertragbarkeit denkbar.

Da noch unklar ist, wie sich die Varianten auf die epidemiologische Situation auswirken, empfiehlt das RKI die etablierten Hygieneregeln weiterhin konsequent durchzuführen.

Übersicht des RKI zu Präventionsmaßnahmen und anti-epidemischen Maßnahmen in der COVID-19-Pandemie – „Die Pandemie in Deutschland in den nächsten Monaten - Ziele, Schwerpunktthemen und Instrumente für den Infektionsschutz“
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Strategie_Ergaenzung_Covid.html; letzter Zugriff 02.02.2021

Das RKI empfiehlt weiterhin die Umsetzung von **Basismaßnahmen**, darunter fallen:

- AHA+L (Abstand, Hygiene, Alltagsmasken, Lüften)

- Corona-Warn-App
- Generelles tragen von Mund-Nase-Schutz in Gesundheitseinrichtungen und Pflegeheimen
- Absage von Großveranstaltungen

Zusätzlich werden folgende Maßnahmen genannt, die **situationsbedingt implementiert** werden können, etwa, wenn große Ausbruchscluster oder eine **flächenhafte Ausbreitung** vorliegt:

- Absage von Versammlungen und Veranstaltungen
- **Betriebe, Bildungseinrichtungen und Kitas einschränken** und ggf. **schließen**
- **Kontaktbeschränkungen**
- Beschränkungen von Einzelhandels- und Dienstleistungsgeschäften, Gaststätten usw.
- Reise- und **Bewegungseinschränkungen**
- Die AHA+L-Regeln (**Abstandhalten – Hygieneregeln beachten – Alltagsmasken tragen, Corona-Warn-App nutzen und Lüften**) müssen trotz Vorhandensein einer Impfung gegen SARS-CoV-2 weiterhin eingehalten werden, besonders in der ersten Phase der limitierten Verfügbarkeit.

6.2 Entwicklungen in anderen europäischen Ländern

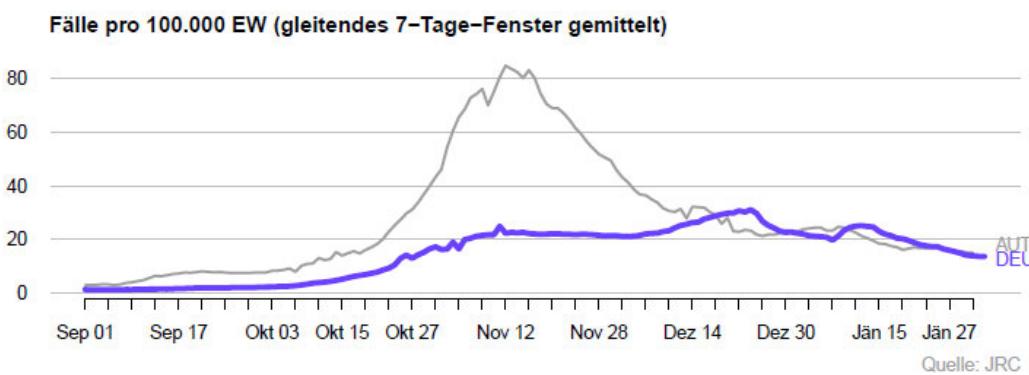
6.2.1 Epidemiologische Situation

Aufgrund vergleichbarer Demografie und geografischer Lage können deutschsprachige Länder, Schweiz und Deutschland, als Vergleichsbeispiel hinsichtlich epidemiologischer Entwicklung dienen. In Irland, Portugal und Dänemark sind SARS-CoV-2 Virusvarianten verbreitet.

Deutschland

5.26 Germany

Trend decreasing
Änderung Fälle -33 %

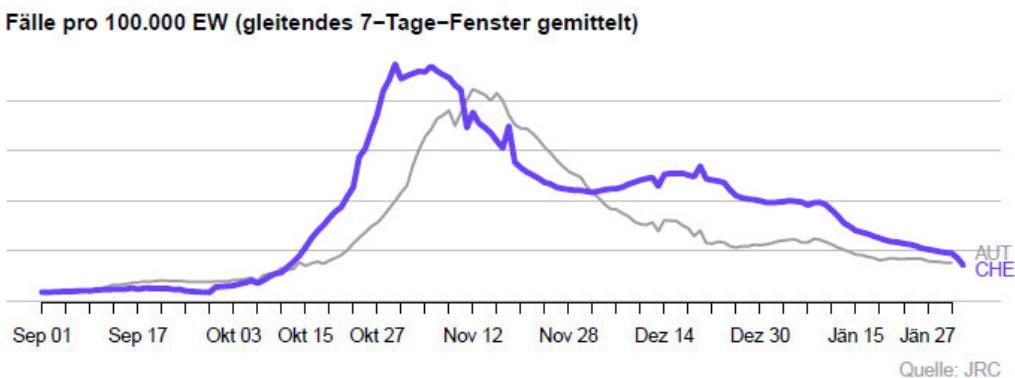


Quelle: COVID-Lagedarstellung AGES/Fallzahlenentwicklung weltweit (Stand, 02.02.2021)

Schweiz

5.60 Switzerland

Trend decreasing
 Änderung Fälle -40 %



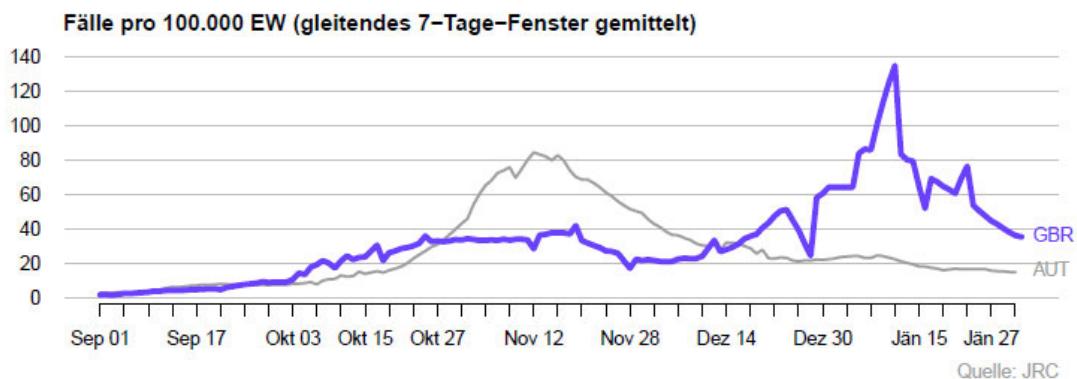
Quelle: JRC

Quelle: COVID-Lagedarstellung AGES/Fallzahlenentwicklung weltweit (Stand, 02.02.2021)

Vereinigtes Königreich

5.63 United Kingdom

Trend decreasing
 Änderung Fälle -57 %



Quelle: JRC

Quelle: COVID-Lagedarstellung AGES/Fallzahlenentwicklung weltweit (Stand, 02.02.2021)

6.2.2 Maßnahmen

Deutschland:

19.1.2021: Lockdown bis 14.2.2021 verlängert (Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder).

14.01.2021: In-Kraft-Treten der Coronavirus-Einreiseverordnung: Strengere Test- und Nachweispflichten bei Einreisen aus Risikogebieten (Test max. 48 Stunden nach Einreise) sowie aus Hochinzidenz und Virusvarianten-Gebieten (Test bereits vor Einreise). Die VO soll vorerst bis 31.3.2021 gelten.

11.1.2021: Click&Collect bzw. Call&Collect für Geschäfte mit Öffnungsverbot möglich.

5.1.2021: Bund-Länder Beschluss: Verlängerung/Verschärfung des Lockdowns bis 31.1.2021
Beschränkung von privaten Kontakten auf maximal eine weitere nicht in diesem Haushalt lebende Person

21.12.2020: InkrafttretenSARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung mit Homeoffice-Regeln etc., die bis zum 15.3.2021 gelten soll.

16.12: In einer Schaltkonferenz mit den Gesundheitsministern der Länder kündigte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn den Beginn der Biotech-Impfungen in Deutschland ab 27. Dezember an.

Bund-Länder Beschluss vom 13.12.: zu den bereits geltenden Maßnahmen werden bundesweit zusätzliche Maßnahmen ab dem 16. 12. ergriffen, die vorerst bis 10. 01. gelten, u.a.

- Schließung von Schulen und Kindergärten (eine Notbetreuung in geringem Umfang wird sichergestellt). Für Eltern soll die Möglichkeit geschaffen werden, für die Betreuung der Kinder bezahlten Urlaub zu nehmen.
- Verpflichtende Testung mehrmals pro Woche für das Personal in Alten- und Pflegeheimen.
- Gottesdienste und Zusammenkünfte von Glaubensgemeinschaften sind unter strengen Auflagen möglich.

Maskenpflicht ist Bundeslandabhängig (Überblick <https://www.bussgeldkatalog.org/maskenpflicht-corona/#uebersicht>)

Ausgangsbeschränkungen

Ab 16.12.:

- Kontakte: Beschränkung von privaten Zusammenkünften auf zwei Haushalte mit max. fünf Personen (Ausnahme: Kinder <14 J.). Zwischen 24.12. und 26.12.: Über den eigenen Hausstand hinaus Treffen mit 4 weiteren Personen aus dem Familienkreis erlaubt, auch wenn dies mehr als zwei Haushalte und fünf Personen sind. (Ausnahme: Kinder <14 J.). Maßgeblich sind die Corona-Schutz-Verordnungen des jeweils einzelnen Bundeslandes.
- Silvester und Neujahrstag: Versammlungsverbot, Feuerwerksverbot auf öffentlichen Plätzen, Verbot vom Verkauf von Pyrotechnik. Darüber hinaus gelten an Silvester die grundsätzlichen Kontaktbeschränkungen: Private Zusammenkünfte mit Freunden, Verwandten und Bekannten sind nur mit den Angehörigen des eigenen und eines weiteren Hausstandes gestattet. Maximal dürfen 5 Personen zusammenkommen. Kinder bis 14 Jahren zählen bei der Berechnung nicht mit.
- Verbot vom Alkoholkonsum auf öffentlichen Plätzen.

Bayern:

26.01.2021: Mobilitätseinschränkung (15km-Radius) in Hochinzidenzgebieten vom Bayerischen Verwaltungsgerichtshof außer Kraft gesetzt

22.01.2021: Einführung eines Schweigegebotes bzw. Telefonverbotes in den Öffentlichen Verkehrsmitteln in Diskussion.

Ab 18.01.2021 verschärfte Maskenpflicht: FFP2-Masken im Öffentlichen Verkehr und in Geschäften. Abstandsregel: Generell 1,5 m.

29.12.2020: In Bayern entwickelter PCR-Schnelltest (Ergebnis in 45 Minuten) vorgestellt, 1 Mio. Stück für Bayern bestellt. Einsatz geplant ab Januar 2021.

Ab 23.12.2020:

- Testpflicht für alle Einreisenden aus Risikogebieten (Ausnahmen: gewerblicher Verkehr, Berufspendler, Transit).
- Ausgangssperre: Die Ausgangssperre gilt auch für Ein- und Ausreisen, Ausnahmen gibt es dem Vernehmen nach nur, wenn z.B. mit Flug- oder Zugtickets eine spätere Ankunft / Abreise nachgewiesen wird

Ab 16.12.2020: Harter Lockdown gemäß der bundesweiten Linie verlängert bis 31.01.2021

- Kontaktsperrungen: Es wird beabsichtigt, den Lockdown bis zum 10.01 verlängern.
- Bis zum 22. 12 erlaubt die Kontaktsperrung noch Treffen aus zwei Haushalten mit in Summe höchstens 5 Personen. Kinder bis 14 Jahre werden nicht mitgezählt.
- Für die Weihnachtstage vom 23. Dezember 2020 bis zum 26. Dezember 2020 wird die Kontaktsperrung gelockert. In dieser Zeit sind Treffen mit dem engsten Familien- und Freundeskreis mit bis zu 10 Personen möglich. Kinder bis 14 Jahre werden nicht mitgezählt.
- Vom 27. Dezember an gilt bis zum 10. Januar wieder, dass nur noch Treffen aus zwei Haushalten mit in Summe höchsten 5 Personen erlaubt sind.
- Das heißt, auch an Silvester und Neujahr dürfen sich nur fünf Personen aus zwei Haushalten treffen. Silvesterfeuerwerk auf großen, belebten Plätzen wird verboten
- Arbeitgeber werden gebeten, Homeoffice zu ermöglichen. Dies gilt besonders für die Tage zwischen Weihnachten und Neujahr. Es gilt der Grundsatz "Wir bleiben zuhause".

Maskenpflicht:

- Die Pflicht, eine Mund-Nase-Bedeckung zu tragen, wird erweitert. Sie gilt nicht nur in Geschäften, sondern auch davor und auf Parkplätzen.
- Sie gilt in geschlossenen Räumen, die öffentlich zugänglich sind.
- Ebenso im öffentlichen Raum, wo mit Publikumsverkehr zu rechnen ist.
- Weiterhin in öffentlichen Verkehrsmitteln

Handel und Dienstleistung**Handel**

Ab 16.12.: Schließung des Einzelhandels (Ausnahme: ua. für Lebensmittelgeschäfte, Drogerien, Apotheken, Tankstellen, Kfz-Werkstätten, Banken, Post, Putzereien und Futtermittelmärkte) sowie der Dienstleistungsbetriebe im Bereich der Körperpflege (ua. Friseursalons, Kosmetikstudios), medizinisch notwendige Behandlungen bleiben möglich.

Seit 28.10. besteht ein Einzelhandelsverkaufsverbot am Sonntag ganztags und von Montag bis Samstag von 20:00 bis 05:00 Uhr (mit Ausnahme Apotheke, Tankstellen etc.); Marktverkauf nur von eigenem Gemüse, Obst, Fleisch und Gebäck möglich. 2m Abstand zwischen den Ständen, max. 20 Personen pro 400qm

Dienstleistungen

- Für Dienstleistungen mit Kundenverkehr muss der Betreiber sicherstellen, dass ein Mindestabstand von 1,5 m zwischen den Kunden eingehalten werden kann.
- Für Personal und Kunden gilt Maskenpflicht. Sie enthält für das Personal, wenn es durch geeignete Schutzwände geschützt wird. Die Dienstleister müssen ein Schutz- und Hygienekonzept ausarbeiten.
- Dienstleistungen, bei denen eine körperliche Nähe zum Kunden unabdingbar ist, sind untersagt. Dazu gehören beispielsweise Kosmetikstudios, Massagepraxen oder Tattoo-Studio.
- Das Friseurhandwerk darf öffnen.

Beherbergung und Gastronomie

Seit 2.11. wurden alle Gastronomiebetriebe sowie Bars, Clubs, Diskotheken, Kneipen und ähnliche Einrichtungen geschlossen. Davon ausgenommen sind die Lieferung und Abholung von Speisen für den Verzehr zu Hause. Unterschiedliche Auflagen je Bundesland; u.a. bei Quarantänebestimmungen und betreff Beherbergungsverbote für Personen, die aus Risikogebieten einreisen. Derzeit kein einheitliches Vorgehen.

Für Tourismus in Deutschland: Unterschiedliche Auflagen je Bundesland; u.a. bei Quarantänebestimmungen und betreff Beherbergungsverbote für Personen, die aus Risikogebieten einreisen. Derzeit kein einheitliches Vorgehen.

Bund und Länder haben nach einem Treffen am 28. Oktober die Bürgerinnen und Bürger aufgefordert, generell auf nicht notwendige private Reisen und Besuche - auch von Verwandten - zu verzichten. Übernachtungsangebote im Inland werden nur noch für notwendige und ausdrücklich nicht touristische Zwecke zur Verfügung gestellt.

Gastronomie und Beherbergungsgewerbe bleiben geschlossen. Übernachtungen sind nur für nicht touristische Zwecke erlaubt.

Beherbergung

- Der Mindestabstand muss eingehalten werden.
- Ein Schutz- und Hygienekonzept muss erstellt werden.
- Die Kontaktdaten der Gäste müssen erfasst werden.

Gastronomie

- Zulässig sind die Abgabe und Lieferung von mitnahmefähigen Speisen und Getränken.
- Zulässig ist der Betrieb von nicht öffentlich zugänglichen Betriebskantinen. Voraussetzung ist, dass zwischen allen Gästen der Mindestabstand von 1,5 m eingehalten werden kann

Freizeit, Sport und Kultur

Profisportveranstaltungen dürfen nur ohne Zuschauer/-innen stattfinden. Der Freizeit- und Amateursportbetrieb auf und in allen öffentlichen und privaten Sportanlagen, Schwimm- und

Spaßbädern ist seit 2.11. eingestellt. Auch Fitnessstudios und ähnliche Einrichtungen sind geschlossen. Erlaubt bleibt der Individualsport sowie Sport zu zweit oder mit den Angehörigen des eigenen Hausstands.

Seit dem 2. November sind alle Theater, Opern- und Konzerthäuser sowie ähnliche Einrichtungen geschlossen. Zoos, zoologische Gärten oder Tierparks sind grundsätzlich geschlossen.

Veranstaltungen, die der Unterhaltung dienen, werden untersagt.

Schweiz:

13.1.2021: Es wurde zudem beschlossen, dass ab 18.1. Geschäfte und Märkte geschlossen werden. Ausgenommen sind solche, die Güter des täglichen Bedarfs anbieten. Ebenso werden private Veranstaltungen und öffentliche Versammlungen auf maximal fünf Personen begrenzt (Kinder werden dabei mit eingerechnet). Arbeitgeber werden verpflichtet, Homeoffice überall dort anzurufen, wo dies aufgrund der Art der Aktivität möglich und mit verhältnismäßigem Aufwand umsetzbar ist. Wo Homeoffice nicht oder nur zum Teil möglich ist, gilt zum Schutz von Arbeitnehmenden in Innenräumen neu überall dort eine Maskenpflicht, wo sich mehr als eine Person in einem Raum aufhält. Die seit 22.12.2020 wirksamen Corona-Maßnahmen werden um fünf Wochen verlängert. Restaurants sowie Kultur-, Sport- und Freizeitanlagen bleiben daher zumindest bis 28. Februar geschlossen.

18.10.2020: Ausgangsbeschränkungen: keine. Der Bundesrat empfiehlt dringend, Treffen im Privaten und in Restaurants auf zwei Haushalte zu beschränken und damit die Anzahl der Kontakte so gering wie möglich zu halten.

Ausdehnung der Maskenpflicht: Die in öffentlich zugänglichen Innenräumen sowie in Wartebereichen des öffentlichen Verkehrs und an Bahn- und Flughäfen geltende Maskenpflicht wird ausgeweitet: Neu muss auch in den Außenbereichen von Einrichtungen und Betrieben eine Maske getragen werden, wie z.B. Geschäfte, Veranstaltungsorte, Restaurants und Bars oder Wochen- und Weihnachtsmärkte. Gleichermaßen gilt auch in belebten Fußgängerbereichen und überall, wo der erforderliche Abstand nicht eingehalten werden kann.

Handel und Dienstleistung

Seit 6.12.: Um die Sicherheit in den Läden zu erhöhen, müssen die größeren Läden die Anzahl Kunden und Kundinnen pro Quadratmeter beschränken, von heute 4m² pro Kunde auf 10m² pro Kunde. In kleinen Läden mit bis zu 30m² Ladenfläche gilt 4m² pro Kundin oder Kunde.

Beherbergung und Gastronomie

(weitere Verschärfungen am 29.10) Der Betrieb von Diskotheken und Tanzlokalen sowie die Durchführung von Tanzveranstaltungen sind verboten.

- Die Gästegruppe darf höchstens 4 Personen pro Tisch betragen. Davon ausgenommen sind Eltern mit Kindern.
- Es gilt eine Sperrstunde von 23.00 Uhr bis 06.00 Uhr.
- Weiterhin gilt: Speisen und Getränke dürfen nur sitzend konsumiert werden.
- Zum Teil kantonal weitere Restriktionen

In Restaurants wird die Erhebung der Kontaktdata von Gästen schweizweit obligatorisch. Treffen im Privaten oder in Restaurants sollen auf zwei Haushalte beschränkt sein. Die Obergrenze von 10 Personen wird beibehalten.

Seit 12.12.:

- Restaurants und Bars müssen landesweit zwischen 19 und 6 Uhr schließen.
- Am 24. und 31. gilt die Sperrstunde erst ab 1 Uhr.
- Take-away-Angebote und Lieferdienste können weiterhin bis um 23 Uhr offenbleiben.

Freizeit, Sport und Kultur

Sportliche und kulturelle Freizeitaktivitäten sind in Innenräumen mit bis zu 15 Personen erlaubt, wenn sowohl genügend Abstand eingehalten werden kann als auch Masken getragen werden. Von einer Maske kann abgesehen werden, wenn großzügige Raumverhältnisse vorherrschen, etwa in Tennishallen oder großen Sälen. Im Freien muss nur der Abstand eingehalten werden. Kontaktspiel ist verboten. Von den Regeln ausgenommen sind Kinder unter 16 Jahren. Im professionellen Bereich von Sport und Kultur sind Trainings und Wettkämpfe sowie Proben und Auftritte zulässig. Da beim Singen besonders viele Tröpfchen ausgestoßen werden sind Anlässe von Laien-Chören verboten, professionellen Chören ist das Proben erlaubt. Professionelle Sängerinnen bzw. Sängern sind Proben und Auftritte erlaubt.

Die Kantone ergreifen zunehmend Maßnahmen – teilweise weitergehend als die Maßnahmen des Bundes, um lokal auf die Gegebenheiten zu reagieren (z.B. in Genf, Jura, Freiburg, Waadt, Wallis, Neuenburg seit 3. bzw. 4.11. Teil-Lockdown mit u.a. Schließung sämtlicher Restaurants, Kinos, Theater, ...).

Seit 6.12.: Im Familienkreis oder im Gesangsunterricht an obligatorischen Schulen ist Singen erlaubt. Außerhalb des Familienkreises und der obligatorischen Schule ist das Singen verboten, sowohl im Freien als auch in Innenräumen. Das gilt nicht nur für Chöre, sondern auch für das gemeinsame Singen in Gottesdiensten und bei gewissen Silvesterbräuchen, an denen gesungen wird. Ausnahmen gelten für professionelle Sängerinnen und Sänger (Proben und Auftritte) sowie für die Proben professioneller Chöre.

Seit 12.12. weitere Verschärfungen wirksam:

- Öffentliche Veranstaltungen werden mit Ausnahmen von religiösen Feiern, Beerdigungen, politischen Kundgebungen und Versammlungen von Legislativen verboten.
- Geschäfte, Museen, Bibliotheken und Sport- und Freizeitanlagen müssen landesweit zwischen 19 und 6 Uhr schließen und bleiben auch an Sonn- und landesweiten Feiertagen geschlossen
- Am 24.12 und 31.12 gilt die Sperrstunde erst ab 1 Uhr.

Umgang mit Skigebieten: Ab 22. Dezember 2020 müssen Skigebiete über eine kantonale Bewilligung verfügen. Voraussetzungen für eine Erteilung sind, dass die epidemiologische Lage dies erlaubt und ausreichend Kapazitäten in den Spitätern, beim Contact Tracing sowie beim Testen sichergestellt sind. Es gibt keine Kapazitätsbegrenzungen für die Pisten. In allen geschlossenen Transportmitteln, also etwa in Zügen, Kabinen und Gondeln dürfen ab dem 9. Dezember nur zwei Drittel der Plätze besetzt werden. Das gilt für Sitzplätze und Stehplätze. Auf allen Bahnen (auch Gondeln und Schlepplifte) gilt Maskenpflicht, auch beim Anstehen. Zudem muss genügend Abstand gewahrt werden. Die Skigebiet-Betreiber müssen zudem Schutzkonzepte vorlegen. Die Kantone müssen die Einhaltung überprüfen und zudem dem Bund Rechenschaft ablegen. In Skigebieten darf in Restaurants nur eingetreten werden, wenn ein Tisch frei ist.

Vereinigtes Königreich:

UK-gesamt:

- Furlough-Scheme wird im gesamten UK bis Ende April 2021 verlängert.

- 29.1.2021: Einreiseverbot für UAE, Burundi, Ruanda; Verbot von Direktflügen für Passagiere aus UAE;
Einführung von Quarantänehotels für Einreisende aus Hochrisikoländern beschlossen (Datum und Details noch offen)
Coronavirus-Gesetz gültig bis Juli 2021: weitreichende Befugnisse f. Regierung (können Grundrechte/-freiheiten einschränken)
- Seit 14.10.: Verkürzung der Quarantänezeit von 14 auf 10 Tage
- Ab 18.1. (ursprünglich 15.1.) ist negativer Covid-Test Voraussetzung für Einreise ins UK (s. Kapitel 3);
- Landeverbot für ZA seit 24.12.; Ab 9.1. Landeverbot auf 11 weitere südafrikan. Staaten ausgeweitet: NA, ZW, BW, SZ, ZM, MW, LS, MZ, AO, MU, SC;

England:

- 21.1.2021: Onlineunterricht nach letzten Aussagen bis nach Ostern 2021; Schulen sollen 2 Wochen vor Wiederaufnahme des Präsenzunterrichts verständigt werden
- Neue Informationskampagne der Regierung die Bevölkerung zur Einhaltung der Regeln auffordert seit 8.1.2021
- Manche Supermarktketten verweigern maskenlosen Personen den Eintritt
- England seit 5.1. im 3. Lockdown (Online-Unterricht in Schulen/Colleges/Unis), Ende voraussichtlich Mitte Februar;
- England seit 5.1.2021: Seit Lockdown sind Sportstätten/Restaurants/Hotels/Kunst- u. Kulturstätten geschlossen; Alle Sportveranstaltungen, außer Premier-League Fußball, verboten
 - Lockdownregeln ENGLAND (leichte Unterschiede zwischen den Nationen):
 - Verlassen des Hauses nur für: Arbeit (wenn HO unmöglich), Arztbesuch, essent. Einkäufe, Spaziergänge 1x/Tag, Ausbildung, Übersiedlung, Kinderbetreuung, Treffen der Support/Childbubble, Kirchenbesuch
 - Schulen/Unis: Online-Unterricht; Anwesenheit: Kinder von Keyworkern, Gefährdete
 - Treffen nur mit eigenem Haushalt/Bubble oder 1 Person aus anderem Haushalt (draußen zu Bewegungszwecken)
 - Sportliche Betätigung soll im lokal Bereich erfolgen;
 - Nicht-essent. Geschäfte, Gastronomie geschlossen (außer Takeaway)
 - Schulen/Colleges/Universitäten: Online-Unterricht; Anwesenheit nur für gefährdete Kinder und Kinder von Keyworkern;
 - Inter/nationale Reisen nur in Ausnahmefällen erlaubt
 - Begräbnisse (15 Personen); Hochzeiten in Ausnahmefällen (max. 6 Personen)
- 15.12.: Verkürzung der 10-täg. Einreisequarantäne auf 5 Tage möglich, falls 2. PCR-Test negativ

Schottland:

- Ab 15.1. dieselben Einreisebestimmungen für internationale Einreisende wie für England
- ab 16.1.: Verbot von nicht-essentiellen Warenabholungen; Takeaway und Warenabholungen nur outdoors.
- Seit 5.1. im Lockdown, hat diesen am 19.1. bis Mitte Februar verlängert

Wales:

- Wales im Lockdown seit 20.12. bis voraussichtlich Ende Jänner 2021; Online-Unterricht in Schulen/Colleges/Unis

Nordirland:

- 6-wöchiger Lockdown seit 26.12. – Verlängerung bis 5. März 2021; Online-Unterricht in Schulen/Colleges/Unis

24.9.2020: Maskenpflicht auch für VerkäuferInnen, TaxifahrerInnen. Von Pflicht ausgenommene Personen, müssen keinen schriftlichen Nachweis erbringen;

15.6.2020: Öffentlicher Verkehr: Verpflichtung zum Tragen von Mund-Nasen-Schutz.

Beherbergung und Gastronomie

Hotels geschlossen (außer Businessreisende, Obdachlose, wenn Rückkehr nachhause unmöglich)

Freizeit, Sport und Kultur

Seit Lockdown in ENG sind Sportstätten/Restaurants/Kunst- u. Kulturstätten geschlossen;

Sportliche Betätigung 1x am Tag mit eigenem Haushalt/Bubble oder 1 Person aus anderem Haushalt

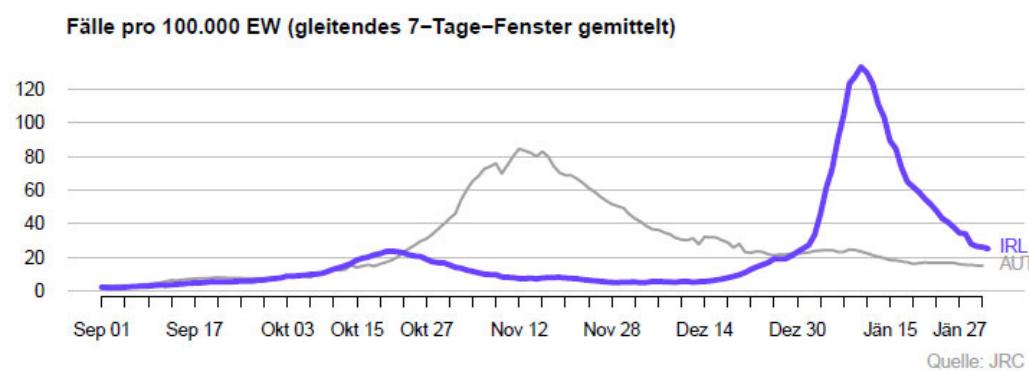
6.2.3 Maßnahmenvergleich Irland, Dänemark und Portugal

In Irland, Dänemark und Portugal war in den vergangenen Wochen eine Dynamisierung des Infektionsgeschehens zu beobachten (sh. Epidemiologische Kurven). Eine Ursache dafür ist das nachgewiesene höhere Übertragungsrisiko der Virusmutante, und der steigenden Prävalenz der Virusmutante. Letztgenannte Entwicklung zeigt sich besonders in Ländern welche bereits in der Lage sind eine große Anzahl an Sequenzierungen von PCR-bestätigten positiven Proben durchzuführen. Von diesen Ländern ist Dänemark bislang in der Lage trotz zunehmender Prävalenz der Virusmutante eine Dynamisierung zu verhindern. Ein deskriptiver Maßnahmenvergleich mit jenen Ländern welche bereits eine Dynamisierung durchgemacht haben (Irland) bzw. gerade durchmachen, kann Hinweise darauf geben, welche Maßnahmen einen Beitrag leisten das Infektionsgeschehen zu reduzieren.

Irland

5.31 Ireland

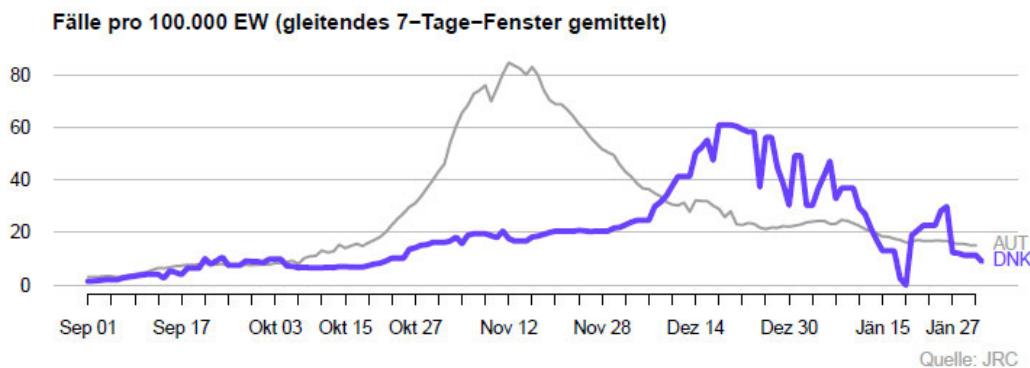
Trend decreasing
Änderung Fälle -66 %



Dänemark

3.10 Denmark

Trend increasing
 Änderung Fälle 16 %

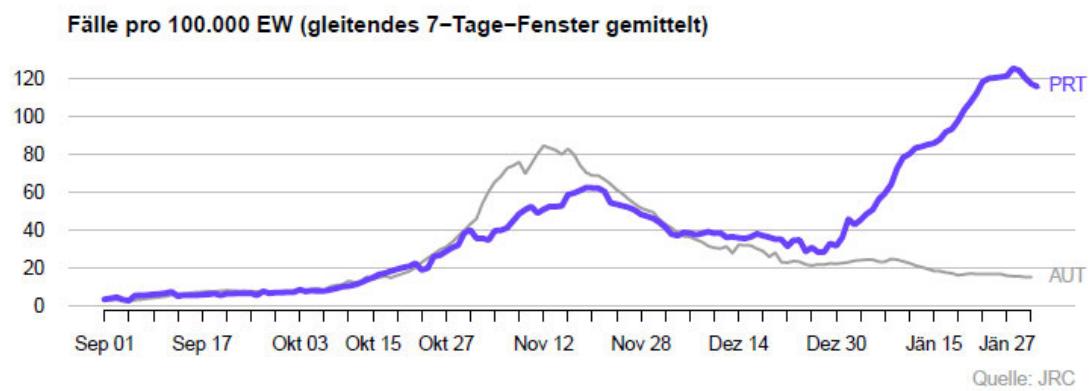


Quelle: COVID-Lagedarstellung AGES/Fallzahlenentwicklung weltweit (Stand, 02.02.2021)

Portugal

3.39 Portugal

Trend increasing
 Änderung Fälle 36 %



Quelle: COVID-Lagedarstellung AGES/Fallzahlenentwicklung weltweit (Stand, 02.02.2021)

	Irland	Dänemark	Portugal
Epidemiologische Kennzahlen	Inzidenz: 7-Tagesinzidenz: 302/100 000 EW, 14-Tagesinzidenz: 814 /100 000 EW Anzahl Testungen: 6247/100 000 EW in 14 Tagen (ECDC) Positivitätsrate Testungen: 13 % (ECDC)	Inzidenz: 7-Tagesinzidenz: 93/100 000 EW, 14-Tagesinzidenz 217/100 000 EW Anzahl Testungen: 12 858/100 000 EW in 14 Tagen (ECDC) Positivitätsrate Testungen: 14-Tage: 0,9 % (ECDC)	Inzidenz: 7-Tagesinzidenz 775/100 000 EW, 14-Tagesinzidenz: 1429/100 000 EW Anzahl Testungen: 7973/ 100 000 EW in 14 Tagen(ECDC) Positivitätsrate Testungen: 17,9 % in 14 Tagen (ECDC) Anzahl Infektionen: bisher 507 108 Infektionen und 8.236 Todesfälle
Informationen zur Mutation	Sowohl die UK-Variante als auch die ZA-Variante wurde in Irland schon nachgewiesen. Die UK Variante wird als ein wesentlicher Grund der stark ansteigenden Neuinfektionszahlen trotz andauerndem Lockdown genannt.	Machte die neue UK Virusvariante B.1.1.7 Ende November ca. 0,8 % aller sequenzierten Tests in DK aus, waren es Ende Dezember bereits 2,3 % aller untersuchten Tests, sodass von einem exponentiellen Wachstum wie in UK ausgegangen wird. Trotz der aktuell noch niedrigen Fallzahlen für B.1.1.7 geht DK deshalb davon aus, dass die Variante ab Mitte Februar 2021 in DK alle anderen Corona-Varianten rasant überholen wird. Die Verbreitung der UK Virusvariante B.1.1.7 steigt in DK trotz Rückgang der generellen Infektionszahlen weiter an, KW1: 4,1% aller positiven Tests, KW2: 7%. 24.1.: zwei Fälle der ZA Virusvariante bei zwei Rückreisenden aus Tansania nachgewiesen. Bisher insges.3 nachgewiesene Fälle der ZA Variante in DK, die weitere infizierte Person war aus Dubai eingereist. Trotz der aktuell noch niedrigen Fallzahlen für B.1.1.7 geht DK deshalb davon aus, dass die Variante ab Mitte Februar 2021 in DK alle anderen Corona-Varianten rasant überholen wird.	Neue, in UK nachgewiesene Coronavirus-Variante bereits vor Weihnachten auf Madeira festgestellt, nach den Feiertagen dann auch auf dem port. Festland nachgewiesen, dzt. ca. 13% aller Neuinfektionen (20.01.2021). Am 22.01.2021 Verkündung des ersten Falles einer Infektion mit der RSA-Variante Für eine Verbreitung der brasilianischen Variante gibt es derzeit keinen Nachweis, allerdings ist diese aufgrund der bestehenden direkten Flugverbindungen nach BR nicht unwahrscheinlich.
Ausgangsbeschränkungen / Ausgangssperren	Landesweiter Lockdown private Treffen (zu Hause oder im Freien): verboten außer zur Betreuung von Kindern, älteren oder pflegebedürftigen Personen.	Seit 25.12. bis einschl. 7.2.: landesweiter Lockdown, Ausnahmen: Lebensmittelgeschäfte, Apotheken, Gesundheitswesen, Kindertagesstätten bleiben geöffnet. 6.1. bis einschl. 7.2.:	Ab 15.01.2021 zweiter landesweiter „harter“ Lockdown, Vorläufige Dauer bis 30.01., Verlängerung wahrscheinlich; Pflicht, zu Hause zu bleiben, außer in den erlaubten Ausnahmefällen: Versorgung mit Lebensmitteln, Bildung, Arbeit, Behördengänge, Wahrnehmung von Betreuungspflichten, Gerichtstermine, Arztbesuche o.ä., Teilnahme an religiösen Zeremonien,

			individuelle Sportausübung, Teilnahme an Wahlen, Notfälle.
Kindergärten	Schulen, Hochschulen, Kindergärten und Kinderbetreuung (geschlossen)	Kindertagesstätten bleiben geöffnet trotz Lockdown.	Bildung: Schulen, Kindergärten und Universitäten bleiben geöffnet; „permanente“ Testkampagne mit Antigen-tests geplant;
Schulen	Schulen, Hochschulen, Kindergärten und Kinderbetreuung (geschlossen)	Homeschooling für alle Schüler, Studenten und Auszubildende	Bildung: Schulen, Kindergärten und Universitäten bleiben geöffnet; „permanente“ Testkampagne mit Antigen-tests geplant Schulen: Einteilung in Gruppen/Rotativität, Abstandsregeln, Hygienemaßnahmen etc
Öffentlicher Verkehr	Benutzung nur, wenn unbedingt notwendig; social distancing, Tragen eines MNS ist verpflichtend. Die zugelassene Maximalauslastung hängt davon ab auf welcher Stufe des 5-Stufen-Plans sich ein Landesteil befindet		
Handel & Dienstleistungen	Einzelhandel und Dienstleistungen: geschlossen mit Ausnahme lebensnotwendiger Waren/Dienstleistungen	Seit 21.12.: vorgezogener Ferienbeginn für alle Schüler, danach Home Schooling, Schließung von Frisören/Fahrschulen/Fitnessstudios, Therapeuten, etc	Handel und Gewerbe: geschlossen, mit Ausnahme der Lebensmittelgeschäfte, Märkte und Super-Hypermärkte; EKZ geschlossen
Beherbergung	Hotels und Beherbergungsbetriebe: für Touristen geschlossen	geschlossen	Tourismus: Hotels bleiben geöffnet (Einhaltung Hygienebestimmungen o.ä.)
Veranstaltungen	organisierte Veranstaltungen im Freien oder Drinnen sind verboten	Obergrenze für private Veranstaltungen: 5 Personen. Massenveranstaltungen sind generell untersagt.	Veranstaltungen nicht erlaubt Max. Gruppengröße in Öffentlichkeit 5 Personen, Ausnahmen: Religiöse und Kulturveranstaltungen, Hochzeiten und Taufen max. 50 bei Einhaltung der behördl. Richtlinien, bspw. Mindestabstand 2m / 1 Sitzplatz
Gastronomie	Gastgewerbe nur auf Basis „take away“ und „delivery“; Nachtklubs, Diskotheken, Casinos und „Wet Pubs“ (servieren nur Getränke) geschlossen	Restaurants, Bars, Cafés, Sporteinrichtungen, kulturelle Institutionen, Einkaufszentren und Geschäfte (die nicht Waren des täglichen Lebensbedarfs decken) landesweit geschlossen. Homeoffice sofern möglich.	Gastronomie: geschlossen, ausgenommen. Take-away und Lieferservices
Freizeit, Sport, Kultur	Sport im allgemeinen nur sehr eingeschränkt und individuell möglich. Ausnahmen für professionelle Sportarten ohne Zuschauer. Fitnessstudios, Schwimmhallen etc. geschlossen Museen, Galerien, kulturelle Attraktionen geschlossen	Restaurants, Bars, etc., Sporteinrichtungen und kulturelle Einrichtungen landesweit geschlossen	Kultur: Einrichtungen (z.B. Kinos, Bibliotheken, Museen) geschlossen, Freizeit/Sport: Kurze Spaziergänge sowie Sportausübung allein im Freien sind erlaubt; Fitnessstudios und sonstige geschlossene

			Sportstätten gesperrt; Spiele diverse Nationalauswahlen bzw. der 1. Fußballliga können ohne Publikum stattfinden;
Reisebeschränkung (Inland)	Reisen im Land: Radius von 5km vom Wohnort soll nicht überschritten werden (sehr begrenzte Ausnahmen); int. Reisen: nur in dringenden Notfällen		
Reisebechränkungen (Einreise/Ausreise)	Ab 16. Jänner müssen alle Personen, die nach Irland einreisen (ausgenommen: Einreise aus Nordirland), bei der Einreise einen negativen PCR-Test vorweisen, der zum Einreisezeitpunkt nicht älter als 72 Stunden sein darf. Kontrolle kann bereits beim Einchecken vor Abflug (Abfahrt mit der Fähre) erfolgen. Beschränkte Ausnahmen: int. Transportarbeiter im Rahmen ihrer Arbeit; Flugtransit, wenn der Flughafen nicht verlassen wird; Kinder unter 6 Jahren.	<p>Einreise nach DK nur noch mit einem bei Einreise max. 24 Stunden alten negativen COVID-19-Test (muss nicht PCR sein) möglich, bzw. seit 11.01.2021 mit einem min. 14 Tage/max. 8 Wochen alten</p> <ul style="list-style-type: none"> • positiven COVID-19-Test. Darüber hinaus benötigen Einreisende einen berücksichtigungswürdigen Grund. • UK und ZA: Einreisende benötigen einen besonders berücksichtigungswürdigen Grund (die Liste der „special worthy purposes“ ist beschränkt auf nurmehr 3 Punkte). Für Personen aus UK und ZA, die keine DK Staatsangehörigkeit, keinen Wohnsitz in DK oder keinen besonders berücksichtigungswürdigen Grund haben, gilt bis vorerst 7.2. Einreiseverbot • VAE: Aufgrund des Verdachts auf Unregelmäßigkeiten bei COVID-19-Tests in den VAE gilt in DK ein temporäres Flugverbot für alle Flüge aus den VAE, seit 21.1. und bis vorerst einschließlich 2.2. Im Laufe des Jänner hatten 33 von 50 aus Dubai in DK Einreisende einen falsch-negativen Test, waren also mit Corona infiziert. 	<p>Einreise aus EU/EWR und Drittstaaten der „EU-Positivliste“: Temperaturkontrollen; bei erhöhter Temperatur Test;</p> <p>Einreise aus sonstigen Drittstaaten (inkl. UK): Vorweis eines max. 72 Stunden alten CoV-SARS2-Tests notwendig oder Test bei Einreise am Flughafen; PT Stbg und Aufenthaltsberechtigte und diplomatisches Personal können Test auch binnen 48 Stunden nach Einreise durchführen lassen. Transitpassagiere benötigen keinen Test.</p> <p>Madeira:</p> <p>Verpflichtende Vorlage eines negativen Testergebnisses (darf nicht älter als 72 Stunden sein) oder Test vor Ort (nur Madeira, Kostenübernahme durch Region) und Quarantäne in Unterkunft bis Ergebnis vorliegt; Vorregistrierung zur schnellen Abfertigung (48–12 h vor Abflug).</p>

6.3. Evidenz und Empfehlungsstärke

6.3.1. Evidenz und Empfehlungsstärke zu den Grundprinzipien MNS, Abstand, Hygiene und Quarantäne (26.11.2020)

Die Folgende Übersicht fußen auf der Anfragenbeantwortung der Gesundheit Österreich GmbH mit dem Arbeitstitel „Evidenz und Empfehlungsstärke zu den Grundprinzipien Mund-Nasen-Schutz (MNS), Abstand, Hygiene, Quarantäne und reisebezogenen Maßnahmen“. Sie umfasst **Empfehlungen** bzw. **Befunde** zu den Grundprinzipien der behördlichen Empfehlungen und deren **erwartete Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen**.

Nützt der Mund-Nasen-Schutz?

Empfehlungen zum Tragen von Mund-Nasen-Schutz-Masken kommen u.a. von der WHO oder dem CDC, da damit eine Übertragung verhindert werden soll. Ein richtig verwendeter MNS bietet einen guten – wenn auch nicht vollständigen Schutz. Studien belegen, dass es beim Tragen von Gesichtsmasken zu keinen Nebenwirkungen wie z.B. Sauerstoffmangel bei der Trägerin/dem Träger kommt. Weiters wird die Kombination des Masken Tragens gemeinsam mit anderen Maßnahmen, wie Händehygiene und Abstand halten, zur Verringerung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 empfohlen.

Nützt Abstand halten / physische Distanz / Kontaktreduktion?

Das Halten von mindestens 1m physischem Abstand im öffentlichen Raum ist wahrscheinlich mit einer Verringerung des Risikos einer Virusübertragung verbunden. Da das Übertragungsrisiko aber auch von anderen Faktoren abhängen kann wie die Dauer des Kontakts oder die Umgebung (drinnen oder draußen bzw. Temperatur und Belüftung), könnten in manchen Situationen größere Abstände möglicherweise sinnvoll sein. Ob ein Abstandthalten im häuslichen Umfeld das Risiko einer Virusübertragung vermindert ist derzeit nicht untersucht, jedoch wird aufgrund möglicher negativer psychischer Folgen davon abgeraten.

Unklar ist, ob das Abstand halten auch Auswirkungen auf die Hospitalisierungsrate, die Rate an Patientinnen/Patienten auf Intensivstationen oder die Sterblichkeit hat. Auch mögliche Schadensaspekte des Abstandhaltens sind derzeit nicht untersucht.

Nützt Quarantäne?

Durch Quarantäne von Personen mit Kontakt zu Menschen mit bestätigter oder vermutlicher Covid-19 Infektion könnte vermutlich die Zahl der Infizierten und die Zahl der Todesfälle reduziert werden. Die Kombination der Quarantäne mit anderen Präventions- und Kontrollmaßnahmen könnte eine größere Wirkung haben als eine alleinige Quarantäne. Unklar ist, ob Quarantäne auch Auswirkungen auf die Hospitalisierungsrate oder die Rate an Patientinnen/Patienten auf Intensivstationen hat. Quarantänemaßnahmen könnten andererseits zu schwerwiegenden psychischen Belastungen für Erwachsene und vor allem bei Kindern führen und sollten so lang wie notwendig und so kurz wie möglich ausfallen.

Nutzen von reisebezogenen Maßnahmen?

Internationale Reisebeschränkungen an den Grenzen könnten wirksam sein, um die Ausbreitung von Covid-19 einzudämmen. Die Größe des Effekts ist allerdings unklar. Unklar ist, ob Reisebeschränkungen auch Auswirkungen auf die Hospitalisierungsrate, die Rate an Patientinnen/Patienten auf Intensivstationen oder die Sterblichkeit haben. Auch mögliche Schadensaspekte von Reisebeschränkungen sind derzeit nicht untersucht. Alleinige Einreise- und Ausreise-Screeningmaßnahmen sind wahrscheinlich nicht wirksam. Sie werden nur in Kombination mit weiteren Maßnahmen wie Quarantäne, Beobachtung und Testmaßnahmen möglicherweise wirksam.

Infizierte Sars-Cov-2 Personen können durch eine einmalige Temperaturmessung bei Grenzübertritt nicht verlässlich identifiziert werden.

Nützt Hygiene?

Händehygiene könnte die Übertragbarkeit von Krankheitserregern und die Ausbreitung von Sars-Cov-2 Infektionen verringern. Händehygiene könnte dabei als Teil einer kombinierten Strategie gemeinsam mit anderen Maßnahmen wie Masken-Tragen und Abstand halten zur Verringerung der Ausbreitung von respiratorischen Viren beitragen. Eine vermehrte Händehygiene könnte mit Nebenwirkungen wie Hautirritationen verbunden sein, die Evidenz dafür ist jedoch unzureichend.

6.3.2. Mund-Nasen-Schutz (MNS) und FFP2-Masken

FFP2-Masken in Vergleich zu MNS

FFP-Masken und OP-Masken sind immer aus besonderen, filternden Vliesen hergestellt. Bei diesen sind die Filtereigenschaften anhand gesetzlicher Vorgaben und technischer Normen geprüft und dadurch nachgewiesen. Technische Normen definieren z.B. klare Anforderungen an die Filterleistung des verwendeten Maskenmaterials. 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. Die Prüfnorm ist, gemeinsam mit dem CE-Kennzeichen und der vierstelligen Kennnummer der Benannten Stelle, auf der Oberfläche der FFP-Maske aufgedruckt. Für MNS – speziell jene die selbst angefertigt werden und daher nicht als Medizinprodukt gelten – kann keine, den FFP2-Masken entsprechende, Filterleistung, gewährleistet werden.

Handel und öffentlicher Verkehr

Empfehlungen zum Tragen von Mund-Nasen-Schutz-Masken kommen u.a. von der WHO oder dem CDC, da damit eine Übertragung verhindert werden soll. Ein richtig verwandelter MNS bietet einen guten – wenn auch nicht vollständigen Schutz. Die Variante B.1.1.7 gilt ansteckender (bis zu 70%) als die gängige Variante. In Bereichen mit Kontakthäufungen (z.B. öffentlicher Verkehr, Handel, Gastronomie) bei denen anderen Maßnahmen (z.B. Abstand halten) nicht zielführend umsetzbar sind, besteht daher ein deutlich höheres Infektionsrisiko. Dies birgt in weiterer Folge auch die Gefahr, dass die Kapazitäten in den Krankenanstalten an ihre Grenzen geraten, wenn in diesen Bereichen keine Maßnahmen getroffen werden. Daher wird die Pflicht für das Tragen von FFP2-Masken in Bereichen mit Kontakthäufungen (Öffentlichen Verkehr, Handel, Gastronomie) als fachlich sinnvoll erachtet. Für andere Situationen, welche

- geringeren Kontakthäufungen aufweisen
- die Einhaltung der behördlichen Maßnahmen (z.B. Abstand halten) durch Hygienekonzepte sichergestellt werden kann
- eine Kontaktpersonennachverfolgung durch entsprechende, bereits bestehende Dokumentationsverpflichtungen (z.B. Gästeverzeichnis) lückenlos sichergestellt werden kann,
- das Verbreitungsrisiko durch regelmäßige (mindestens 1 Mal, besser jedoch 2 Mal pro Woche) Testungen reduziert werden kann (sh. Berufsgruppentestungen).

ist es fachlich gerechtfertigt anstelle einer FFP2-Maske eine MNS zu tragen. Zusätzlich ist bei Berufsgruppen festzuhalten, dass FFP-2 Masken als persönliche Schutzausrüstung im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzes unbeschadet der Anwendung im medizinischen Bereich oder durch andere Berufe in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Arbeit, Familie und Jugend bzw. der

Arbeitsinspektion fallen. Vorliegende fachliche Begründung bezieht sich daher ausschließlich auf Anwendungen außerhalb des ArbeitnehmerInnenschutzes (z.B. Tragen durch Konsumentinnen und Konsumenten bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, beim Einkaufen, in der Freizeitgestaltung).

Die fachliche Rechtfertigung zur Verpflichtung zum Tragen einer FFP2-Maske ist vor dem Hintergrund der allgemeinen Marktverfügbarkeit zu sehen, i.e. Personen haben die Möglichkeiten eine FFP2-Maske zu erlangen. Da die gesetzliche Verpflichtung zu Irritationen am Markt (z.B. in Form von Verknappungen) führen kann, ist regelmäßig zu evaluieren, ob die allgemeine Bevölkerung in der Lage ist, diese Voraussetzungen zu erfüllen.

Kinder

Studien belegen, dass es beim Tragen von Gesichtsmasken zu keinen Nebenwirkungen wie z.B. Sauerstoffmangel bei der Trägerin/dem Träger kommt. Aufgrund des Nachweises, dass nach einer Infektion bei Kindern virale RNA in nasopharyngealen Sekreten in gleicher Konzentration nachgewiesen wurde wie bei Erwachsenen, ist eine Ausweitung der Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske auf Kinder ab 14 Jahren sinnvoll, da die Viruslast bei Kindern keinen wesentlichen Unterschied zu Erwachsenen aufweist.

Die nachfolgende Quelle behandeln nicht explizit FFP2-Masken – es wird nur von „Masken“ gesprochen.

Laut WHO (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-Children-2020.1) sollen für Kinder ab zwölf Jahren beim Tragen von Masken die gleichen Regeln gelten wie für Erwachsene. Für jüngere Kinder im Alter zwischen sechs und elf Jahren wird das Tragen von Masken nicht generell empfohlen. In bestimmten Situationen, etwa wenn Abstandsregeln nicht eingehalten werden können, sollte es in Betracht gezogen werden, so zum Beispiel in Schulen. Keine Empfehlung des Maskentragens bei unter 6-Jährigen (nur unter ständiger Aufsicht). Jüngeren Kindern sollte nicht vorgeschrieben werden, Masken zu tragen, vor allem, weil sie sie alleine nicht richtig an- und ablegen könnten. Falls sie doch Masken tragen, sollten Kinder unter sechs Jahren unter ständiger Aufsicht stehen.

Schwangere

Im Rahmen der Schwangerschaft kommt es zu unterschiedlichen physiologischen Adaptionen, die die Atmung beeinflussen. Die vermutlich relevantesten Veränderungen darunter sind der erhöhte maternale O₂-Verbauch und die erhöhte CO₂-Produktion ab der 8. Schwangerschaftswoche, welche bis zur Geburt um etwa 20-25% zunehmen¹, sowie die ab dem 6. Schwangerschaftsmonat erniedrigte funktionale Residualkapazität. Diese Faktoren führen zu erhöhter Empfindlichkeit schwangerer Frauen gegenüber Sauerstoffmangel².

Die Studienlage bezüglich der Auswirkungen von FFP2-Masken auf Schwangere ist spärlich.

Es konnten bislang bei der Verwendung von N95 Masken (den europäischen FFP2-Masken entsprechend) bis zu 1 Stunde während verschiedener Aktivitäten (Stehen, Sitzen, niedrig intensive

¹ Physiologie, 6. Auflage, 2009, Silbernagl et al. (Hrsg.). Stuttgart: Thieme

² Hegewald MJ, Crapo RO. Respiratory physiology in pregnancy. Clin Chest Med. 2011 Mar;32(1):1–13. doi: 10.1016/j.ccm.2010.11.001; Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. Tan EK., Tan EL., Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013 Dec;27(6):791–802.).

Arbeit) in 3 Studien bei Schwangeren in den Schwangerschaftswochen 13-35 keine signifikante Veränderung der maternalen Sauerstoffsättigung oder fetalen Herzfrequenz festgestellt werden³.

Trotz dessen zeigen die Ergebnisse der neuesten kontrollierten klinischen Studie von Tong et al. 2015, dass Schwangere (in den Schwangerschaftswochen 27-32) das Atemminutenvolumen während der Verwendung von solchen Atemschutzmasken nicht aufrechterhalten können. Aufgrund der verstärkten Atemarbeit wegen der Maskennutzung, kommt es zu einem erhöhtem O2-Verbrauch und damit einhergehend zu erhöhter CO₂-Produktion (bei Ruhe und geringer körperlicher Aktivität). Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz sowie Laktatwerte der Schwangeren und Herzfrequenz der Föten blieben allerdings unverändert⁴. Die physiologischen Veränderungen sorgen demnach für Bedenken bei längerer Verwendung (>1h), weshalb die Dauer von kumulativ einer Stunde pro Tag nicht überschritten werden sollte.

Das aktuelle systematische Review, in welchem alle besprochenen Studien behandelt werden, schlussfolgert, dass eine Gefährdung von Schwangeren sowie deren Föten durch zeitlich begrenzte Verwendung von N95-Masken unwahrscheinlich ist⁵.

Laut Zentral-Arbeitsinspektorat ist das Tragen von jeglicher FFP-Maske (1-3) durch Schwangere bei der Arbeit unzulässig mit der Begründung, dass Masken die Atmung erschweren⁶. Folglich sind von dieser fachlichen Stellungnahme alle Geltungsbereiche des MuSchG und ASchG ausgenommen.

Für Schwangere ist somit eine intensivere Auswirkung auf den Gashaushalt durch das Tragen von Masken mit hohem Atemwiderstand (bspw. FFP2-Masken) mechanistisch plausibel. Eine Gefährdung der Schwangeren und deren Ungeborenen wird entsprechend der aktuellen Studienlage bei einer Tragedauer von kumulativ maximal einer Stunde pro Tag als unwahrscheinlich angesehen. Für eine Tragedauer von über eine Stunde liegen derzeit keine ausreichenden wissenschaftlichen Untersuchungen vor.

Die Tragedauer von FFP2-Masken in den dafür vorgesehenen Situationen kann in Kumulation pro Tag durchaus eine Stunde übersteigen (z.B.: Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, längere Einkäufe etc.).

Aufgrund der fehlenden Evidenz zum Thema Sicherheit für Schwangere und deren Ungeborene beim Tragen von FFP2-Masken über der Dauer von kumulativ einer Stunde pro Tag, wird aus fachlicher Sicht von einer allgemeinen Verpflichtung abgeraten. In dieser Gruppe sollte in den in der Verordnung vorgesehenen Situationen aus Infektionsschutzgründen jedenfalls eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und enganliegende mechanische Schutzvorrichtungen getragen werden und auf freiwilliger Basis können höherwertige Masken verwendet werden.

Elementarpädagoginnen und -pädagogen

Bei Kleinkindern ist eine Abschätzung der zugrunde liegenden Prävalenz der Erkrankung aus verschiedenen Gründen schwierig. In den meisten vorliegenden Studien sind keine Daten zu Kleinkindern 0-5 enthalten, da Kleinkinder nicht in die Studie aufgenommen wurden. Die umfangreichste regelmäßige Erhebung in diesem Bereich, die britische „Real-time Assessment of Community Transmission (RE-ACT)“ welche das infektionsgeschehen in der Bevölkerung untersucht,

³ Roeckner JT, Krstić N, Sipe BH, Običan SG. N95 Filtering Facepiece Respirator Use during Pregnancy: A Systematic Review. Am J Perinatol. 2020 Aug;37(10):995–1001. doi: 10.1055/s-0040-1712475

⁴ Tong PS, Kale AS, Ng K, Loke AP, Choolani MA, Lim CL, Chan YH, Chong YS, Tambyah PA, Yong EL. Respiratory consequences of N95-type Mask usage in pregnant healthcare workers—a controlled clinical study. Antimicrob Resist Infect Control. 2015 Nov 16;4:48. doi: 10.1186/s13756-015-0086-z.

⁶https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Gesundheit_im_Betrieb/Gesundheit_im_Betrieb_1/Schwangere_Arbeitnehmerinnen.html – abgerufen am 19.01.2021

erhebt ausschließlich für die Kohorte 5-12 Jahren Daten. Andere Studien definieren als unterste Alterskohorte 0-10 Jahren, welche eine mögliche Heterogenität nicht entsprechend abbilden kann. Zusätzlich entwickeln Kleinkinder weniger schwere Verlaufsformen und werden kaum hospitalisiert. Im Bereich der Elementarpädagoginnen und –pädagogen kumulieren sich daher die diametralen Bedingungen der Infektionsepidemiologie und der Entwicklungspädagogik: Einerseits kann nicht ausgeschlossen werden, dass Kleinkinder Teil des Infektionsgeschehens sind. Andererseits orientieren sie sich bei der Entwicklung der Sozialkompetenzen an Mimik, Gestik und Körpersprache von Bezugspersonen. Wenn durch begleitende Maßnahmen sichergestellt werden kann, dass ein Infektionsrisiko minimiert wird (z.B. regelmäßiges Lüften), sowie mögliche Ausbrüche im familiären Umfelde rasch erkannt und Kontaktpersonen rasch identifiziert werden, ist es aus fachlicher Sicht vertretbar, Elementarpädagoginnen und –pädagogen die Verwendung einer Schutzmaske freizustellen.

6.3.3 Abstand

Das Vermeiden von Körperkontakt und das Einhalten eines physischen Abstands von 1-2m gelten als eine wichtige Präventivmaßnahme. Die Korrelation zwischen der Nähe zu einer infektiösen Person und das Risiko einer Virusübertragung sind wissenschaftlich nicht vollständig definiert. Die -Abstands-Regel beruhen fachlich darauf, dass die vorherrschenden Übertragungswege von SARS-CoV-2 über große Tröpfchen aus der Atemluft sind. Das **Risiko einer Übertragung von SARS-CoV-2 nimmt mit zunehmendem physischem Abstand zwischen Menschen ab**, so dass eine Lockerung der Abstandsregeln, insbesondere für Innenräume, das Risiko eines Anstiegs der Infektionsraten birgt. Faktoren, die das Risiko der Übertragung beeinflussen sind die Umgebung (drinnen oder draußen), ob die infizierte Person hustet, niest oder das Sprechen zum Zeitpunkt des Kontaktes, die Dauer der Exposition und die Umgebungsbedingungen wie die Temperatur, Feuchtigkeit und die Art des Luftstroms. Das Übertragungsrisiko hängt auch mit anderen Faktoren zusammen, wie der Konzentration von Viruspartikel in Atmungs-Tröpfchen und die Menge der erzeugten Tröpfchen. Obwohl die Evidenzlage vermuten lässt, dass SARS-CoV-2 Atmungs-P mehr als zwei Meter weit wandern kann, nimmt das Übertragungsrisiko mit der Entfernung von der Infektionsquelle grundsätzlich ab. In einer kürzlich erschienenen systematischen Übersicht und Metaanalyse wurde ein physischer Abstand von einem Meter oder mehr mit einer fünffachen Reduktion des Übertragungsrisikos in Verbindung gebracht (3 % statt 13 %).

Um eine Ansteckung mit SARS-CoV2 zu vermeiden, bleibt das Abstand halten weiterhin eine wichtige Maßnahme. Bisher ist man von mindestens 1 Meter ausgegangen, da das Übertragungsrisiko aber auch von anderen Faktoren abhängt, könnten in manchen Situationen größere Abstände möglicherweise sinnvoll sein. Aufgrund der **hohen Ansteckungsgefahr der Mutation B.1.1.7** ist aus fachlicher Sicht die Erweiterung des Abstandes auf 2 Meter sinnvoll, zumindest dort, wo es möglich, dass dieser eingehalten werden kann. Da aus praktischen Gründen der Abstand nicht immer eingehalten werden kann, ist ein ausnahmsweises Unterschreiten (z.B. Einhaltung der Verkehrssicherheit auf öffentlichen Gehsteigen in Städten) möglich.

6.3.4. Berufsgruppentestungen

Das Forcieren von Maßnahmen zur raschen Identifizierung, Isolierung und erforderlichenfalls Behandlung von Personen mit einer SARS-CoV-2 Infektion ist eine Voraussetzung zur erfolgreichen Pandemiebekämpfung. Die zentralen Elemente zur Unterbrechung von Infektionsketten sind hierbei Testungen und Kontaktpersonennachverfolgung. Testungen von Berufsgruppen mit erhöhtem Risikoprofil für eine Ansteckung mit dem SARS-CoV-2 tragen dazu bei rasch Infektionen zu identifizieren und eine weitere Verbreitung des Virus zu verhindern. Das Infektionsrisiko wird hierbei aufgrund folgender Parameter beurteilt:

- Kontakt zu vulnerablen Gruppen
- besonders exponiertes Personal
- Kontakt > 15 Minuten und/oder < 2 m
- physischer Kontakt
- Kontakt mit vielen und/oder unterschiedlichen Personen
- geringe Implementierbarkeit von Schutzmaßnahmen

6.3.5. Zutrittstestungen für Körpernahe Dienstleistungen

Generell ist festzuhalten, dass Molekularbiologische Tests oder Antigentes immer eine Momentaufnahme des Infektionsgeschehens darstellen. Die Risikominierenden Faktoren hinsichtlich einer epidemiologischen Gefahr können in direkte (unmittelbare) und indirekte (mittelbar) Faktoren eingeteilt werden. Die direkten Effekte sind jene welche in unmittelbaren Zusammenhang mit der Testung stehen d.h. dass aufgrund eines negativen Testergebnisses keine Virusausscheidung anzunehmen ist. Dieser Effekt ist als kurzfristig einzustufen, da sich die Person bereits in der Latenzphase (Ansteckung bis Infektiösität / nachweisbare Virusausscheidung) befinden könnte bzw. eine Ansteckung nach Testabnahmen – abhängig vom persönlichen Verhalten der Person – nicht ausgeschlossen werden kann. Die indirekten Effekte sind jene, welche i.Z.m. psychologischen Faktoren stehen. In medizinischen Studien wird diesbezüglich vom sogenannten „Hawthorne-Effekt“ gesprochen, wenn Teilnehmerinnen und Teilnehmer ändern ihr Verhalten, aufgrund der Studienteilnahme ändern. Diese Psychologische Effekte können hierbei in beide Richtungen wirken: Einerseits erhöhte Awareness / Achtsamkeit auf das eigene Verhalten und Compliance mit Maßnahmen, andererseits erhöhtes Sicherheitsgefühl und geringere Compliance mit Maßnahmen. Wenn die Lockerungen mit umfangreichen, zielgruppenspezifischen Kommunikationsmaßnahmen zur Wichtigkeit der risikominimierenden Faktoren (z.B. Grundprinzipien der behördlichen Maßnahmen) begleitet werden, können die psychologischen Effekte risikominierende Verhaltensweisen induzieren und die epidemiologische Gefahr reduzieren.

Zutrittstestungen für Körpernahe Dienstleistungen sind von Zutrittstestungen für Alten- und Pflegeheime sowie Krankenhäuser zu differenzieren. In beiden Fällen zielen die Testungen auf die Früherkennung der Verbreitung des Virus ab, jedoch betrifft es im zweiten Fall Bevölkerungsgruppen mit einem hohen Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf - das umfasst Menschen mit entsprechenden Vorerkrankungen und ältere Personen – sowie systemrelevante Versorgungsstrukturen (Krankenhäuser). Da hier ein Eintrag weitreichende Folgen hat (Verbreitungsrisiko in institutionalisierten Betreuungsumfeld, Ausfall systemrelevanter Gesundheitsberufe), können Differenzierungen hinsichtlich der Ausgestaltung Testbestimmungen (Gültigkeit der Ergebnisse) fachlich gerechtfertigt sein. Ebenso können auch Unterschiede zwischen Dienstleistungserbringer und Dienstleistungsnehmer möglich sein, welche einer organisatorischen Verhältnismäßigkeit Rechnung tragen z.B. Dienstleistungsnehmern ist es in der Regel leichter möglich eine Inanspruchnahme von Testungen (z.B. Teststraßen) zu organisieren, als Dienstleistungserbringer.

6.3.5. Evidenz und Empfehlungsstärke zu den Maßnahmen / Interventionen

Die folgenden Darstellungen fußen auf der Anfragebeantwortung der Gesundheit Österreich GmbH mit dem Arbeitstitel „Evidenzübersicht Maßnahmen / Interventionen“ Diese wurde auf Basis der Informationen des UK Advisory Boards, das auf seiner Homepage eine Übersicht zu Covid-19 Maßnahmen/ Interventionen („Non-pharmaceutical interventions – NIPs, 21.9.2020 – veröffentlicht am 12.10.2020) zur Verfügung stellt, erarbeitet. Sie umfassen **Empfehlungen** bzw. **Befunde** zu einzelnen Maßnahmen / Interventionen und deren **erwartete Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen**.

Es sind insgesamt 27 Maßnahmen/ Interventionen abgebildet, die folgenden 7 Bereichen zugeordnet werden können:

- Maßnahmen bzgl. Kontakte/ Interaktionen
- Maßnahmen im Wirtschafts-/Geschäftsbereich
- Maßnahmen im Bildungssektor
- Maßnahmen in Hochrisiko-Settings
- Maßnahmen für Personen mit Hochrisiko-Profilen
- Maßnahmen im Outdoor-/Arbeitsbereich
- Maßnahmen bzgl. Reisetätigkeiten

Kategorien der Auswirkungen auf das Transmissionsgeschehen durch die verschiedenen Maßnahmen:

- Sehr hohe Wirkung
- Moderate Auswirkungen
- Geringe Auswirkung
- Geringe bis moderate Auswirkung
- Moderate bis geringe Auswirkung
- Moderate bis geringe Auswirkung
- Sehr geringe Auswirkung

Nachfolgend wurden vereinzelte Maßnahmen aus den Bereichen „Kontakte/Interaktionen“ sowie Wirtschafts-/Geschäftsbereich dargestellt. Eine Übersicht über alle Bereich ist im Anhang befindlich.

- **Gesamt-„Lockdown“** (*Schließung der Freizeit- und Krankenhaussektoren, des nicht wesentlichen Einzelhandels, Erlaubnis zur Arbeitsstätte zu gelangen nur für Schlüsselpersonal, Schulen und Universitäten weitgehend geschlossen, Kontaktverbot mit anderen Haushalten, Gebetstätten geschlossen*) → ca. 75%-ige Reduktion und daher eine sehr hohe Auswirkung auf das Infektionsgeschehen.
- **Kurzer Lockdown** (z.B. 2-3 Wochen) → moderate Auswirkung auf das Infektionsgeschehen. Dies würde jedoch nur für einen kurzen Zeitraum gelten und daher nur begrenzte Auswirkungen haben. Wie bei allen Interventionen gilt auch hier, desto früher desto besser.
- **Verringerung der Kontakte zwischen Mitgliedern verschiedener Haushalte** → moderaten Auswirkung auf das Infektionsgeschehen. Aufgrund des hohen Risikos der Übertragung durch Tröpfchen, Aerosolen und der Verwendung gemeinsamer Oberflächen im Haushalt ist es notwendig Kontakte zwischen verschiedenen Haushalten zu verhindern um die Übertragungskette zu unterbrechen. Es besteht eine bis zu 40%ige sekundäre Attack Rate zwischen Mitgliedern im selben Haushalt.

Zur besseren Visualisierung der Kontaktbeschränkungen wird das Beispiel im Anhang sowie der Modellierungsrechner der Humboldt Universität Berlin empfohlen: <http://rocs.hu-berlin.de/contact-reduction-tutorial/#/>

- **Schließung der Gastronomie** (Bars, Pubs, Cafes, Restaurants, etc.) → moderate Auswirkung auf das Infektionsgeschehen, da dort das Risiko einer Ansteckung aufgrund des engen Beisammenseins, der langen Dauer der Exposition, das Nichttragen des Mund-Nasenschutz und durch das laute Sprechen in geschlossenen Gebäuden wahrscheinlich höher ist.

Weitere Informationen können dem Anhang entnommen werden.

Das UK Advisory Board hält aufgrund der **Limitation der verfügbaren Evidenz** fest, dass ein Kausalzusammenhang bei einem Bündel von komplexen Interventionen nicht linear festgestellt werden kann. Nicht pharmazeutische Interventionen sind in der Regel multifaktoriell – d.h. mehrere Maßnahmen werden auf einmal gesetzt – und das Ausmaß der Befolgung in der Bevölkerung heterogen ist, was eine **spezifische Zuordnung der Auswirkungen** erschwert.

6.3.6. Artikel „Ranking der Wirksamkeit weltweiter COVID-19-Interventionen der Regierung“

Im Nature Human Behaviour wurde ein Artikel mit dem Titel „Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions“ veröffentlicht.

In einer Analyse wurden die Auswirkungen von 6.068 einzelnen nicht-pharmazeutischen Interventionen (NPI) auf die effektive Reproduktionszahl von Covid-19 in 79 Gebieten weltweit untersucht. Es zeigte sich, dass es kein einzelner NPI die RT unter eins senken kann und ein Wiederauftreten von COVID-19-Fällen nur durch eine geeignete Kombination von NPIs gestoppt werden. Diese sollten auf das jeweilige Land und sein epidemisches Alter zugeschnitten sein und müssen in der optimalen Kombination und Reihenfolge getroffen werden.

Neben dem Schließen bzw. Einschränken von Bereichen, an denen sich Menschen über einen längeren Zeitraum in kleinerer oder größerer Zahl aufhalten wie z.B. Schulen, Unternehmen, etc.) gibt es auch hochwirksame Maßnahmen, wie Einreisebeschränkungen oder Strategien zur Risikokommunikation, deren Einhaltung bei der Bevölkerung besser angenommen werden könnten, da diese Einschränkungen weniger drastisch ist als das Schließen bzw. Einschränken von z.B. Schulen.

Maßnahme/ Intervention	Impact on COVID transmission						
	Very high impact	Moderate impact	Low impact	Low to moderate impact	Moderate to low impact	Moderate to low impact	Very low impact
Maßnahmen bzgl. Kontakte/ Interventionen (n=4)							
Stay at home order („lockdown“)	x						
Planned, short, stay-at home order ("circuit breakers")		x					
Reducing contacts between members of different households within the home		x					
Restrictions on outdoor gatherings, including prohibiting large event			x				
Maßnahmen im Wirtschafts-/ Geschäftsbereich (n=7)							
Encouragement to work from home wherever possible		x					
Alternating week in – week off, return to work				x			
Closure of bars, pubs, cafés and restaurants			x				
Closure of indoor gyms, leisure centres, fitness etc.				x			
Closure of places of worship/ community centres				x			
Closure of non-essential retail				x			
Closure of close-contact personal services (hairdressing, beauty therapy etc.)				x			
Maßnahmen im Bildungssektor (n=8)							
Mass school closure to prevent transmission		x					
Reactive school closure		x					
Reactive closure of class/year group when outbreak detected				x			
Alternating week-on, week-off school closure with half class sizes					x		
Closure of further education		x					
Closure of higher education		x					
Quarantine for new students in higher education to prevent seeding into university (or testing of all new university admissions and isolation of positives)			x				
Closure of childcare				x			
Maßnahmen in Hochrisiko-Settings (n=1)							
Prohibition of visitors to hospitals and care homes				x			

Maßnahmen für Personen mit Hochrisiko-Profilen (n=1)				x				
Shielding of high-risk individuals in their homes				x				
Maßnahmen im Outdoor-/Arbeitsbereich (n=3)				x				
Increasing „COVID security“ in workplaces and other settings				x				
Requirement for use of face covering outdoors					x			x
Extend requirement for use of face covering indoors (e.g. shared offices, schools)					x			
Maßnahmen bzgl. Reisetätigkeiten (v.a. im Landesinneren) (n=3)				x				
Restrict use of public transport by key workers				x				
Impose local travel restrictions (e.g. 5-mile limit for non-essential travel)					x			
Restrict travel between UK nations or between subnational regions				x				

6.3.6. Artikel „Ranking der Wirksamkeit weltweiter COVID-19-Interventionen der Regierung“

