

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 BGBI. II. Nr. 462/2020 idgF von BGBI. 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. 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 30.12.2020) unter dem Niveau der Zahlen vor dem Inkrafttreten des „Lockdown lights“ Anfang November.

1.1. Aktuelle Lage

Dem Lagebericht der AGES vom 11.01.2021 (siehe Beilage 3) ist für den 09.01.2021 eine geschätzte tägliche Steigerungsrate (in %) basierend auf den vergangenen 13 Epidemietagen von -1,11% zu entnehmen. Die 7-Tages-Inzidenz sowie die 14-Tages-Inzidenz sind nach dem 18.11.2020 bis Ende Dezember stetig gesunken, wobei sich seit Anfang Jänner bis 11.01.2021 eine leichte Steigerung abzeichnet. Sowohl die absoluten Fallzahlen (1575 Neuinfektionen mit Stand 12.01.2021), also auch die 7- und 14-Tages Inzidenzen / 100.000 (164,6 bzw. 332,6) 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. Seit Ende Dezember stagniert die Zahl der aktiven Fälle auf einem hohen Niveau. Eine hohe Belastung des Gesundheitssystems (insb. Intensivversorgung) ist nach wie vor gegeben.

1.2. Bewertung der COVID-19-Schutzmaßnahmen

Im Auftrag von HBM Anshofer 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 07.01.2021 wird die Situation wie folgt beschrieben:

Verbreitungsrisiko

- Die 7-Tagesinzidenz für die österreichische Bevölkerung des Zeitraums 29.12.- 04.01 belief sich auf 171,16 pro 100.000 EW im Vergleich zu einer 7-Tagesinzidenz von 152,30/100.000 EW der Zeitperiode von 22.12.-28.12.
- In der KW 53 wurden 15.112 Fälle registriert im Vergleich zu 13.465 Fällen in der KW 52.
- Die geschätzte Änderungsrate für die vergangenen 13 Epidemietage (22.12.-03.01) liegt bei -0,73% [-5,55 – 4,34].
- Die effektiven Reproduktionszahlen (Reff) lagen für die Tage 28.12. bis 03.01. jeweils bezogen auf die vorangegangenen 13 Tage am 28.12. bei 0,86 (0,85 – 0,87); 29.12. bei 0,91 (0,90 – 0,92);

30.12. bei 0,96 (0,95 – 0,98); 31.12. bei 0,98 (0,97 – 0,99); 01.01. bei 0,99 (0,98 – 1,01); 02.01. bei 1,01 (1,00 – 1,02); 03.01. bei 1,01 (1,00 – 1,02).

- Die 7-Tagesinzidenz der über 64-jährigen der österreichischen Bevölkerung des Zeitraums 29.12.-04.01. belief sich auf 182,12 Fälle/100.000 EW und die der Zeitperiode von 22.12.-28.12 auf 160,78 Fälle/100.000 EW.
- Das Durchschnittsalter in KW 53 lag bei 46,4 Jahre im Vergleich zu 46,3 Jahre der Fallpopulation der KW 52.
- Die Trendanalyse, bezogen auf die zwei sich in 7 Tagen überlappenden 14-Tagesfenster, zeigt sich ein steigender Trend in der Mehrheit der Bundesländer mit Ausnahme von Oberösterreich (0 %), Steiermark (-2 %) und Wien (-5 %).

Fallabklärung/Clusteranalyse

- Der Anteil der Fälle, bei denen eine mögliche Infektionsquelle identifiziert werden konnte liegt für die KW 52 bei 37,5% (exklusive Wien); für die KW 53 ist der Anteil der abgeklärten Fälle mit 24 % noch in Aufarbeitung.
- Unter den Clusterfällen der KW 51 sowie auch der KW 52 und KW 53 wurden überwiegend die Infektionen im Setting 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 29.12.-04.01 belief sich auf 171,16 pro 100.000 EW im Vergleich zu einer 7- Tagesinzidenz von 152,30/100.000 EW der Zeitperiode von 22.12.-28.12.

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

» Die 7-Tagesinzidenz der über 64-jährigen der österreichischen Bevölkerung des Zeitraums 29.12.-04.01. belief sich auf 182,12 Fälle/100.000 EW und die der Zeitperiode von 22.12.-28.12 auf 160,78 Fälle/100.000 EW.

» Das Durchschnittsalter in KW 53 lag bei 46,4 Jahre im Vergleich zu 46,3 Jahre der Fallpopulation der KW 52.

der ICU-Kapazitäten

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

Die Darstellung des Verbreitungsrisikos 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 (22.12.-03.01) eine Änderungsrate von -0,73 %. Dies könnte durch die verstärkten feiertagsbedingten Kontakthäufungen, verstärkte Antigentestungen und Labor-Nachmeldungen bedingt sein. Die 7-Tagesinzidenz für die österreichische Bevölkerung ist im Zeitraum 29.12.- 04.01 auf 171,16 pro 100.000 EW im Vergleich zu einer 7-Tagesinzidenz von 152,30/100.000 EW der Zeitperiode von 22.12.-28.12 gestiegen. Die effektive Reproduktionszahl (Reff) lag zuletzt wieder bei 1,01 (03.01.2021).

Die Belastung des Gesundheitssystems hat sich weiter reduziert. Die Auslastung der Intensivstationen lag per 4.1.2021 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 müssen hierfür konstant bei weniger als 1300 liegen, zudem ist der aktuell bestehende Belag mit zu berücksichtigen, dessen Rückgang verläuft.

Die Corona Kommission kommt auf Basis der Ausführungen zum Schluss, dass das Infektionsgeschehen nach wie vor auf einem sehr hohen Niveau liegt, wie erwartet kam es durch feiertagsbedingte Effekte zu regionalen Anstiegen der Virusverbreitung. Die Aufrechterhaltung der gesetzten präventiven Maßnahmen zur Kontaktreduktion sollten daher wie geplant fortgesetzt werden. 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, das (Stand 30.12.2020) **Beatmungsgeräte** in allen Bundesländern noch frei verfügbar sind (keine Daten für Wien). Insgesamt sind österreichweit (ohne Wien) 59 % der Beatmungsgeräte verfügbar. **Bettenkapazitäten im Normalpflegebereich** stehen weiterhin zur Verfügung. Österreichweit (exkl. Wien) gegenüber dem Vortag abnehmender Covid-19-Belag (-72), wobei in KTN (-24), OÖ (-26) und der STM (-22) die größten Rückgänge seit dem Vortag zu beobachten sind. In den letzten 7 Tagen haben sich die Covid-19-Fälle bundesweit (ohne Wien) auf Normalstationen um 5,2 % (-83) verringert. Insgesamt werden derzeit auf den Normalpflegestationen (exkl. Wien) 1.505 Covid-19-Fälle betreut. Bei Berücksichtigung der gemeldeten Covid-19-Fälle für Wien aus der SKKM-Meldung, ergibt sich für heute österreichweit ein Covid-19-Belag in Höhe von 1.890 (-73) auf den Normalpflegestationen. **Bettenkapazitäten im Intensivpflegebereich** stehen weiterhin zur Verfügung. Insgesamt ist bei den Covid-19-Fallzahlen auf Intensivstationen bundesweit (ohne Wien) gegenüber dem Vortag ein Rückgang (-28) zu beobachten, wobei in OÖ und der STM (jeweils -8) die größten Rückgänge gegenüber dem Vortag ersichtlich sind. In den letzten 7 Tagen haben sich die Covid-19-Fälle bundesweit (ohne Wien) auf Intensivstationen um 4,2 % (-11) verringert. Derzeit werden auf den Intensivpflegestationen (exkl. Wien) 252 Covid-19-Fälle betreut. Bei Berücksichtigung der gemeldeten Covid-19-Fälle für Wien aus der SKKM-Meldung, ergibt sich für heute österreichweit ein Covid-19-Belag in Höhe von 360 (-33) auf den Intensivpflegestationen. **Personalausfälle im Intensivbereich** sind weiterhin überschaubar. Höchste Werte bei ärztlichem Personal in BGL (11 %) sowie bei DGKP in BGL (8 %).

1.4. Prognoserechnung

Die aktuellen Prognosen gehen von einem Infektionsgeschehens von rund 2.000 Fällen/Tag aus (2.300 Fälle/Tag am 1. Prognosetag bis 1.700 Fälle/Tag am letzten Prognosetag). In der aktuellen Prognoseperiode treffen weiterhin sowohl treibende als auch dämpfende Faktoren auf die berichteten Fallzahlen aufeinander. Als treibende Faktoren sind Vorweihnachtliches Konsumverhalten, Testverhalten vor den Weihnachtsfeiertagen, Kontakthäufungen im Rahmen der feiertagsbedingten Lockerungen, Wiederaufnahme von asymptomatischen K1-Testungen (z.B. Kärnten). Dämpfende Faktoren sind Stärkeres Underreporting über die Weihnachtsfeiertage, eingeschränkte wirtschaftliche und schulische Aktivität (Urlaub/Ferien) und Inkrafttreten des harten Lockdowns am 26.12. Eine genaue Quantifizierung dieser einzelnen Faktoren ist aufgrund fehlender Vergleichswerte herausfordernd. 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% und am 12.01.2021 bei 16,3%.

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. Jedoch haben die Kontakthäufigen zu den Weihnachtsfeiertagen zu dem erwarteten Anstieg am 29./30. Dezember sowie 5./6. Jänner geführt. Daher ist in den nächsten Tagen zu beobachten ob und wie sich diese Spitzen in den Belegungszahlen niederschlagen.

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 $R(\text{eff})$ auf deutlich unter 1,0 zu senken und dort für einen längeren Zeitraum zu halten. Derzeit liegt der $R(\text{eff})$ bei 1,08.

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 11 bzw. 8%

1.7. Evidenz von Maßnahmen

Basierend auf verfügbarer Evidenz lässt sich zu den Grundprinzipien der Behördlichen Maßnahmen wie folgt festhalten: 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 Mundes-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 bereits gesetzten Maßnahmen konnte zwar eine Abnahme der Fallzahlen erreicht werden, kam es – bedingt durch die Kontakthäufungen zu den Weihnachtsfeiertagen – zu den erwarteten Anstiegen Ende Dezember und Anfang Jänner. Diese Entwicklung ist ein Beleg für die Fragilität von Trends und Entwicklung in den Infektionszahlen. Die beobachtete Dynamisierung des Infektionsgeschehens erschwert u.a. auch Prognosen in der Kapazitätsauslastung. Im Prognosezeitraum ist in keinem Bundesland eine Überschreitung der maximal verfügbaren Kapazitäten (ohne Zusatzkapazität) innerhalb des 95%-Intervalls prognostiziert, jedoch haben sich noch nicht die Infektionszahlen in den Belegungszahlen durchgeslagen. Eine Überschreitung des kritischen Schwellenwerts in einzelnen Bundesländern ist zwar unwahrscheinlich, jedoch sollten die weiteren Entwicklung beobachtet werden. In einzelnen Bundesländern, in welchen die Belegungszahlen in den Intensivstationen nach wie vor hoch sind (z.B. Oberösterreich Vorarlberg) kann eine wiederkehrende Dynamisierung des Infektionsgeschehens die intensivmedizinische Versorgung zum Zusammenbruch bringen.

2. Aktuelle Epidemiologische Situation in Österreich

Allgemeine Beschreibung der aktuellen epidemiologischen Lage:

Seit Anfang November 2020 zeigt sich eine Reduktion der kalkulierten Wachstumsrate, wobei die kalkulierte Wachstumsrate 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 eine leichte Steigerung der kalkulierten Wachstumsrate zu verzeichnen. In den nachfolgenden Tagen kam es zu wiederholten Schwankungen der kalkulierten Wachstumsrate, welche nunmehr bei -1,11% liegt (AGES SARS-CoV-2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, 11.01.2021). 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 seit Anfang Jänner bis 11.01.2021 eine leichte Steigerung abzeichnet (AGES SARS-CoV-2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, 11.01.2021). Die 7-Tages Inzidenz / 100.000 liegt per 11.01.2021 bei 164,6 (-5,6) im Vergleich zum 10.01.2021), die 14-Tages Inzidenz/100.000 bei 332,6 (-3,5) im Vergleich zum 10.01.2021) (AGES SARS-CoV-2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, 11.01.2021). Auch die Zahl der neu bestätigten Fälle im siebentägigen Mittel / 100.000 ist nach Mitte November für gesamt Österreich bis Ende Dezember gesunken und bewegt sich danach bis dato (12.01.2021) in etwa auf gleichbleibendem Niveau zwischen 19,4 (Wien) und 45 (Salzburg) (22,8 für gesamt Österreich) (siehe 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 einen Anstieg bis dato (R_{eff} von 1,06) (siehe Tabelle 1). Seit Ende Dezember zeigt sich eine Stagnation der absoluten Fallzahlen, sowie eine leichte Steigerung der 7- und 14- Tages Inzidenzen und Indikatoren, wobei die Zahl der infizierten Personen in Österreich (aktive Fälle) nach wie vor relativ hoch ist (siehe Tabelle 1 und Abbildung 1, 4, 5,6). Die Zahl der Todesfälle/Tag ist ab Ende Oktober stetig angestiegen. 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, wobei sich dies seit Anfang Jänner nicht weiter fortsetzt (siehe Tabelle 1). Mit Berichtstag 11.01.2021 liegt die Zahl der Todesfälle der letzten 7 Tagen bei 236. Die Zahl der Todesfälle pro Monat / 100.000 liegt im November und Dezember 2020 mit 23 und 34 deutlich höher als während der „ersten Welle“ im Frühjahr und in den Monaten davor (siehe Abbildung 2). Es kommt in ganz Österreich weiterhin vermehrt zu Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen. (Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES, 11.01.2021).

Tabelle 1: Übersicht über wichtige epidemiologische Parameter von 30.10.2020 – 29.12.2020. Das genannte Datum ist das Datum des Berichts. (Quelle: Daten SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES von 30.10- 29.12.2020)

**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 (1. COVID-19-NotMV-Novelle) (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 – 2. COVID-19-SchuMaV (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; noch in Kraft)

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 Änderung der 2. COVID-19 Notmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 26.12.2020; noch in Kraft)

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 1. Novelle der 2. COVID-19 Notmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 05.01.2021; noch in Kraft)

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

Abbildung 1

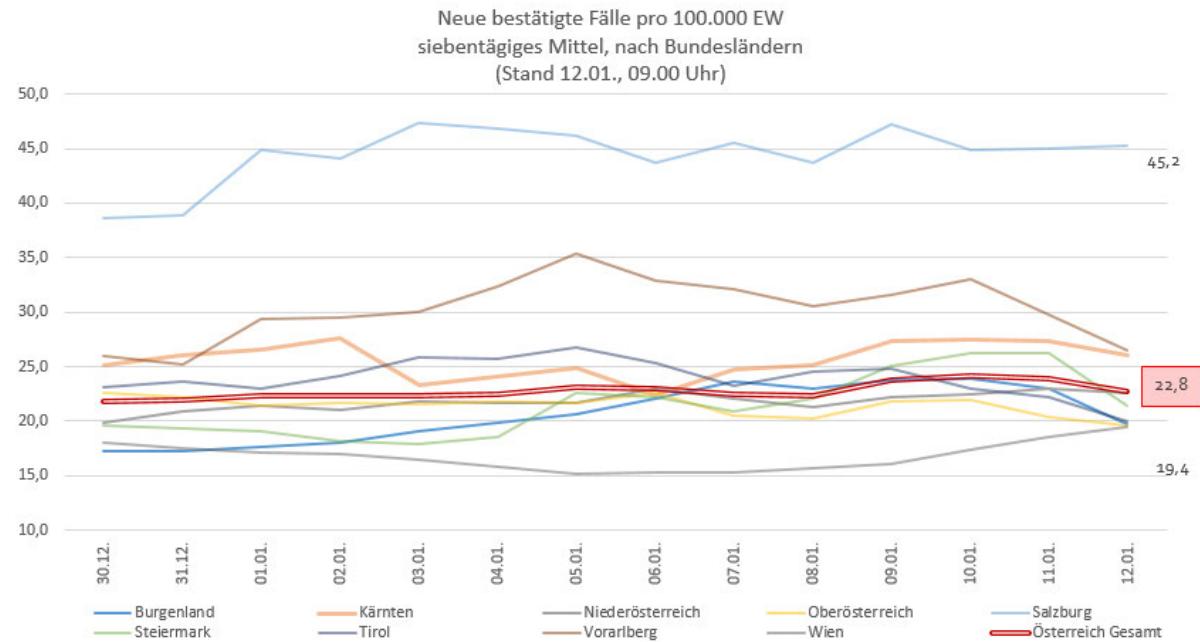
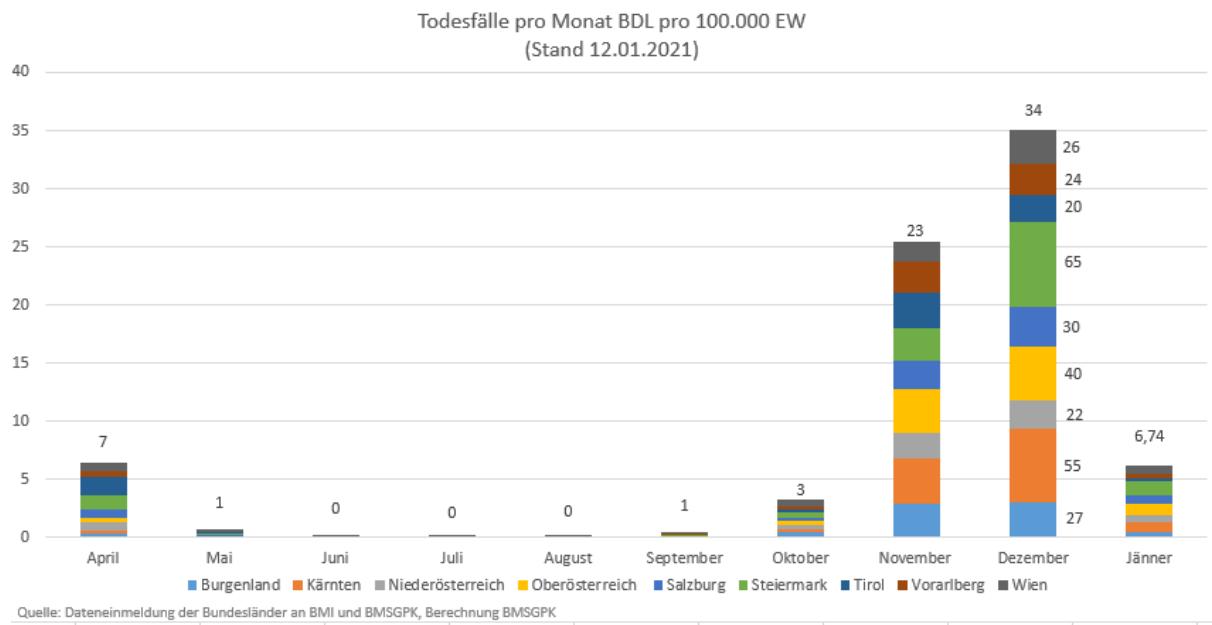


Abbildung 2

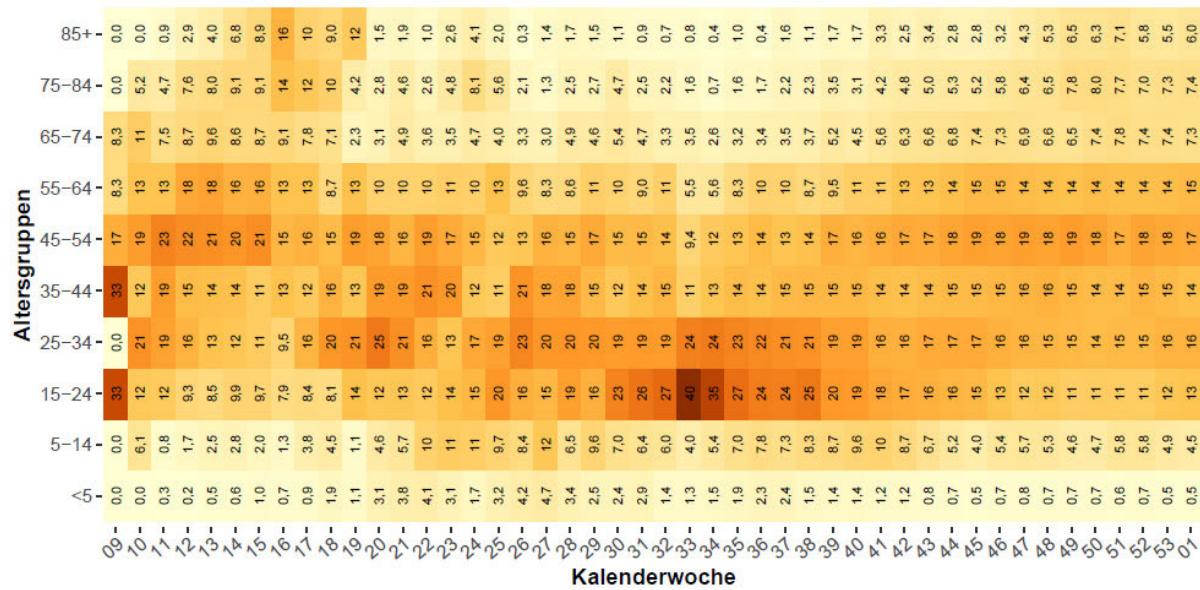


Demografische Verteilung:

Die am stärksten betroffene Altersgruppe ist mit 6963,0 Fällen / 100.000 die Altersgruppe 85+, gefolgt von der Altersgruppe 15-24 mit einer kumulativen Inzidenz von 5589,5 Fällen / 100.000 und der Altersgruppe 25-34 mit 5122,0 Fällen / 100.000 Einwohner. In der weiblichen Bevölkerung sind die Altersgruppen 85+ mit 7373,0 Fällen / 100.000 und 15-24 mit 5577,9 Fällen / 100.000 am stärksten betroffen, während in der männlichen Bevölkerung die Altersgruppen 85+ mit 6124,5 / 100.000 und 15-24 mit 5600,5 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 (52,7%) stärker als Frauen (47,3%) vertreten. (Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES 11.01.2021).

Der prozentuelle Anteil der Altersgruppen an den Infizierten pro KW in Abbildung 3 zeigt eine ansteigende Tendenz (etwa von Anfang September bis dato- KW 51 2020, danach ein Stagnieren auf hohem Niveau) der prozentuellen Anteile der über 75-jährigen Menschen an den Infizierten. (siehe Abbildung 3, Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES 11.01.2021). Da sich schwere Verläufe häufiger in den älteren Bevölkerungsgruppen zeigen, ist damit einhergehend weiterhin eine hohe Zahl von Hospitalisierungen, des Belags auf Intensivstationen und Todesfällen zu erwarten.

Abbildung 3



Clustersettings und geografische Verteilung:

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%**

*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 in Alten- und Pflegeheime zu finden (Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich 11.01.2021, AGES).

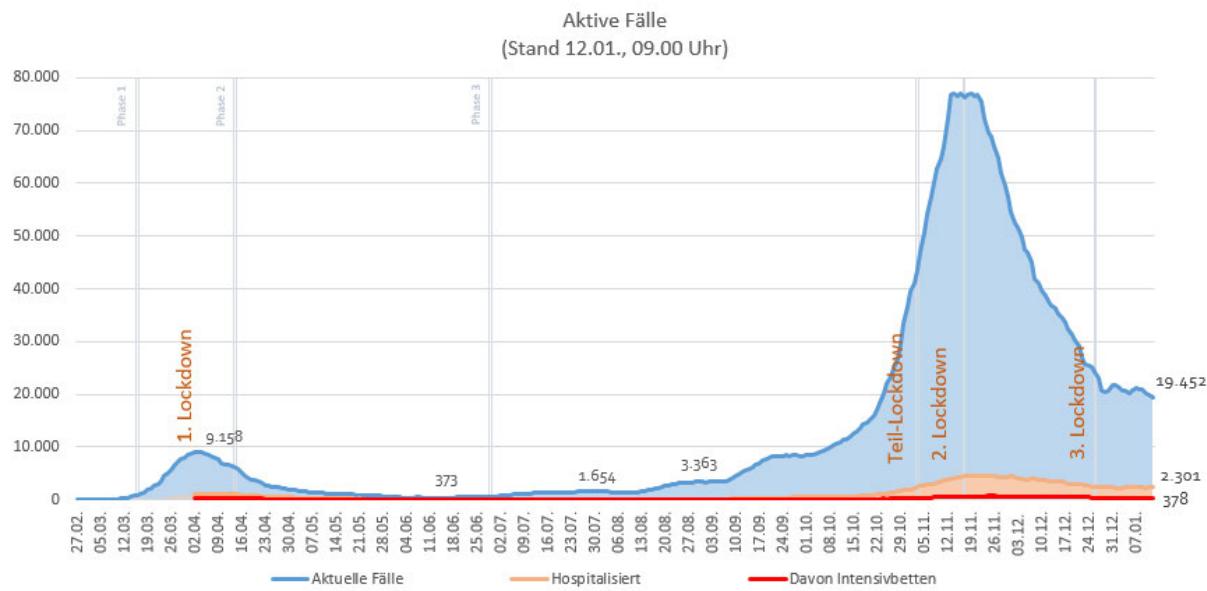
Die höchste kumulative 7-Tages-Inzidenz / 100.000 EW (04.01.2021 – 10.01.2021) verzeichnet das Bundesland Salzburg mit 312,0 Fällen / 100.000 (Fälle = 1.742), gefolgt von Kärnten und Vorarlberg mit 252,5 Fällen / 100.000 (Fälle = 1.417) und 166,4 Fällen / 100.000 (Fälle = 661). Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich 11.01.2021, 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 niedrige Fallzahlen auf einem stabilen Niveau verzeichnet. Seit Anfang September ist ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen zu verzeichnen, wobei sich im Laufe des Oktobers ein steiler Anstieg der Fallzahlen abzeichnetet hat. Auch nach dem 3.11.2020, dem Datum des in Krafttretens 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 außer Kraft treten der COVID-19 Notmaßnahmenverordnung am 06.12.2020 weiterhin auf einem hohen Niveau. Seit Anfang Dezember wurde nur mehr ein leichter Rückgang der Neuinfektionen verzeichnet. Folglich trat am 26.12.2020 die 2. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung in Kraft. Seit Ende Dezember bis dato (12.01.2021) kam es zu einem weitgehenden Stagnieren der Zahl aktiver Fälle (siehe Abbildungen 4, 5, 6).

Abbildung 4



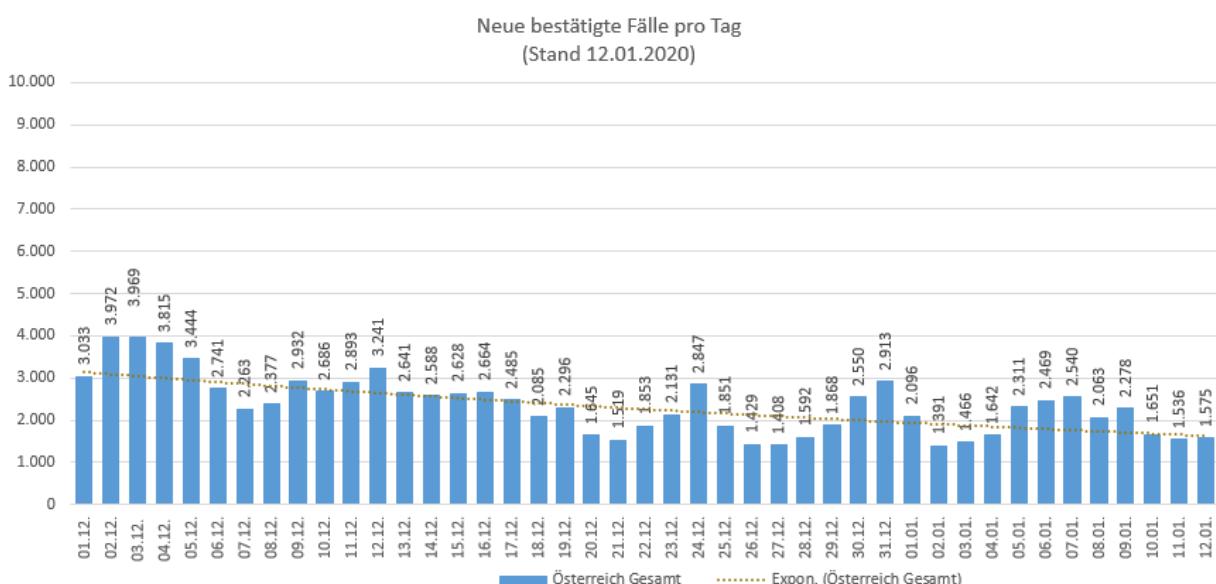
Quellen: aktuelle Fälle - kumulativ bis inkl. 01.04.: EMS; Hospitalisierungen vor 2.4.: interpoliert; alle anderen Daten: Dateneinmeldung der Bundesländer an BMI und BMSGPK; Berechnung BMSGPK

Mit Stand 12.01.2021 gab es 1.575 Neuinfektionen bei 2.032 Neu-Genesenen. Am Dienstag vor einer Woche waren es 2.311 Neuinfektionen. Es wurden seit gestern österreichweit 17.264 PCR-Testungen sowie 133.603 AG-Testungen eingemeldet (6.865.442 Testungen kumulativ, 3.936.835 PCR-Testungen kumulativ und 2.928.607 AG-Testungen kumulativ).

Derzeit gibt es 19.452 aktive Fälle (2.301 davon hospitalisiert). Gestern waren es 19.981 aktive Fälle. Es gibt 6.819 Todesfälle lt. Datenübermittlung der Bundesländer (+72 seit gestern). Es sind -529 aktive Fälle weniger als gestern (gestern: -269 aktive Fälle weniger).

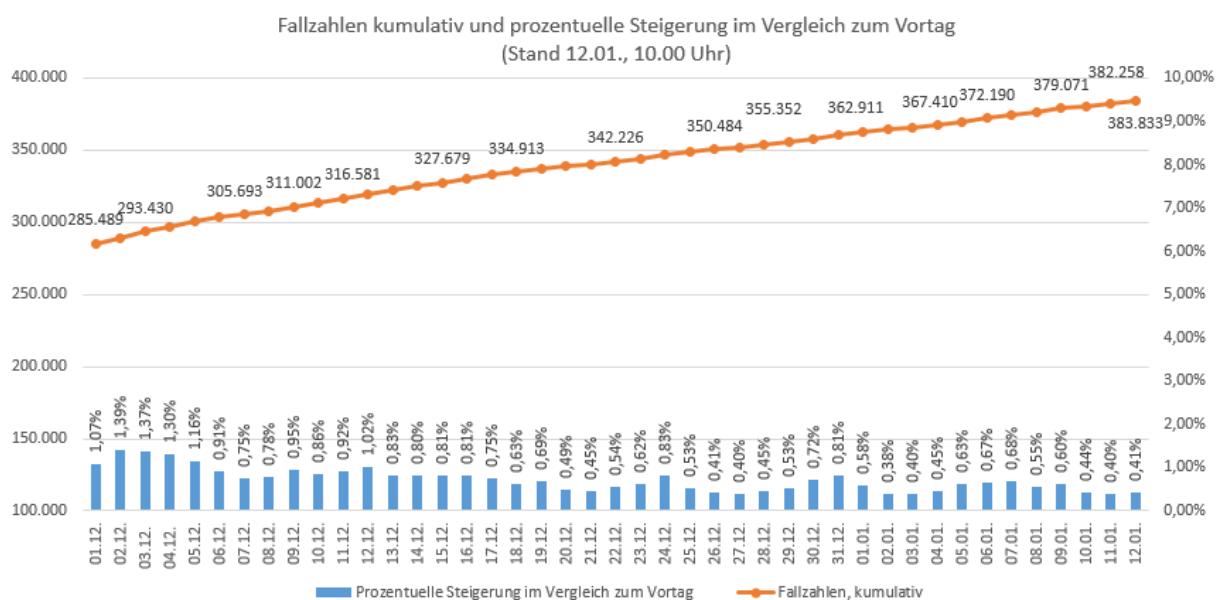
Die Bandbreite beim Anstieg der Neuinfektionen reicht von 0,23% (Bgld) bis zu 0,73% (Sbg). Bundesweit liegt die Rate bei ca. 0,41% (gestern: 0,40%).

Abbildung 5



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

Abbildung 6



Quelle: Datenübermittlung der Bundesländer an das BMSGPK; Berechnung BMSGPK

Dadurch, dass der % Anteil älteren Menschen (über 75-jährige) an der gesamten Anzahl der SARS-CoV-2- Fälle in den vergangen KWs bis 09.12 weiter zugenommen hat und danach zwar bis dato (10.01.2021) abgesunken ist, sich aber weiterhin auf einem hohen 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 7, 8) und eine hohe Anzahl der Todesfälle (Abbildung 2) zu beobachten. Letztere 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

(04.01.2021 – 10.01.2021)

(29.12.2020 – 04.01.2021)

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

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

(22.12.2020 – 28.12.2020)

(17.12.2020 – 23.12.2020)

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

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

(10.12.2020 – 16.12.2020)

(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 (2.301) sind gestiegen, +4 seit gestern. Auf Normalbetten liegen heute 1.923 Patient/innen. Bei den Intensivbetten ist die Zahl gesunken, heute sind es 378 (-1 seit gestern). Im Vergleich zu vor einer Woche sind die Hospitalisierungszahlen gesamt gesunken (heute -4,28% im Vergleich zum 05. Jänner), auf Intensivbetten liegen heute mehr Patient/innen als vor einer Woche (+1,89%).

Abbildung 7

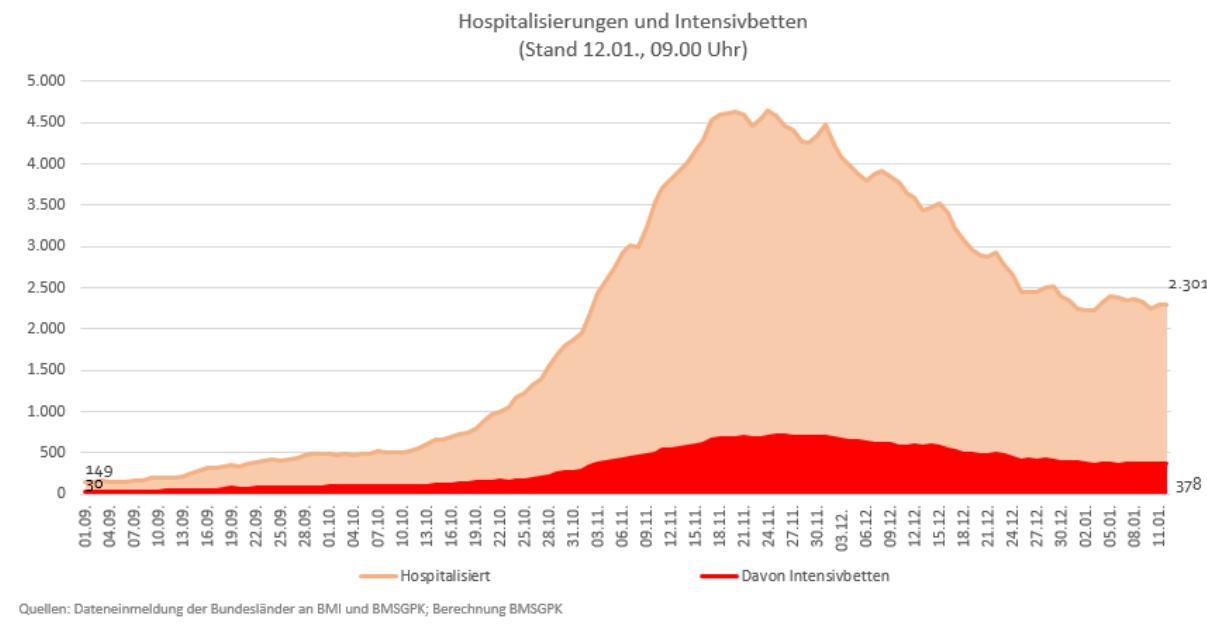
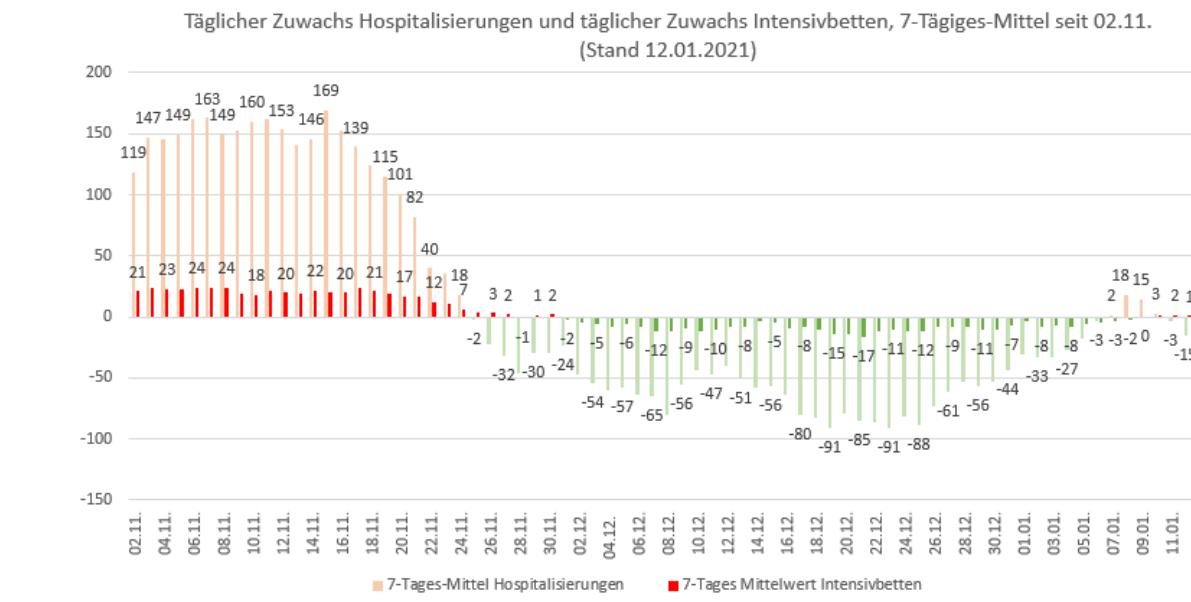


Abbildung 8



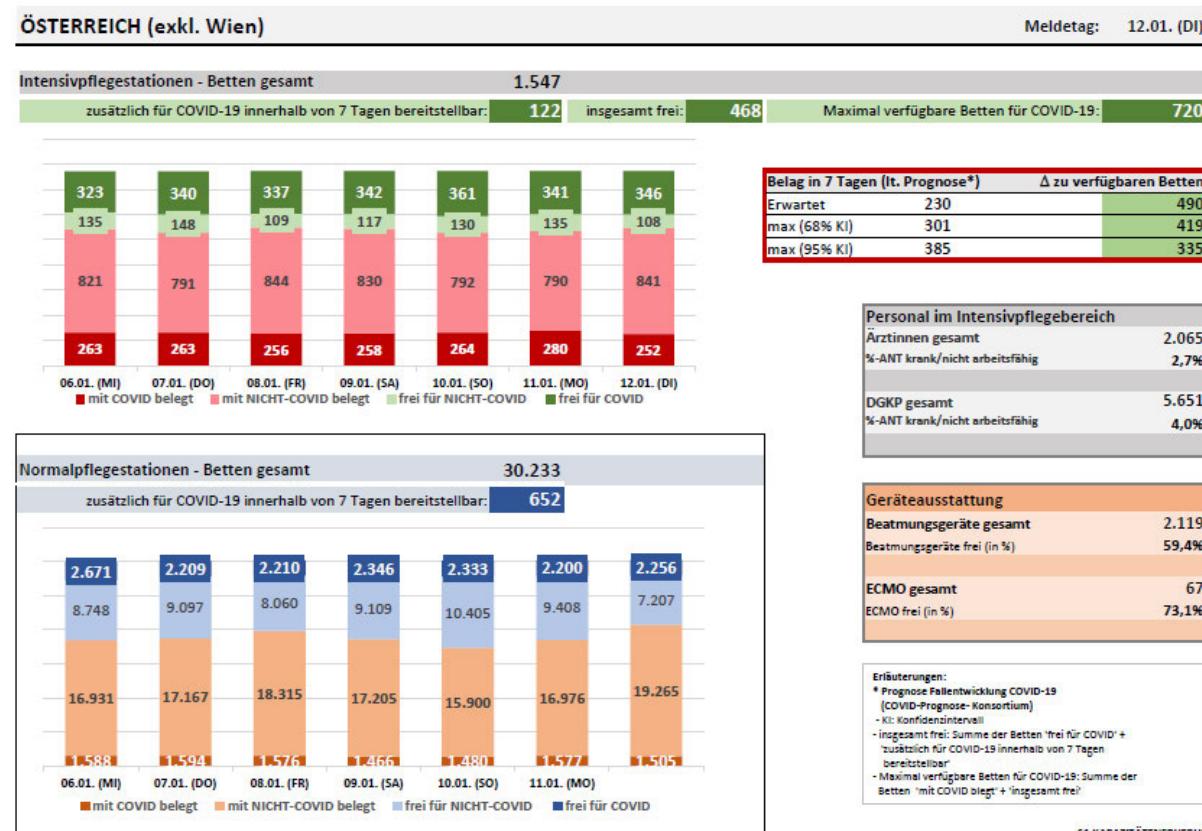
4. Kapazitäten und aktuelle Auslastung in Krankenhäusern

Kurzfassung des aktuellen Letztstands zur Kapazitätsmeldung von Freitag, 12.01.2021 und eine aktuelle graphisch aufbereitete 7-Tagesübersicht (06.01. bis 12.01.2021).

- **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 (exkl. Wien) gegenüber dem Vortag insgesamt abnehmender **Covid-19-Belag** (-72), wobei jedoch Zunahmen in NÖ (+11) und BGL (+1) verzeichnet wurden. Insgesamt werden derzeit auf den Normalpflegestationen (exkl. Wien) 1.505 Covid-Fälle betreut. *Bei Berücksichtigung der gemeldeten Covid-19-Fälle für Wien aus der SKKM-Meldung ergibt sich für heute österreichweit ein Covid-19-Belag in Höhe von **1.890** auf den Normalpflegestationen.*
- Bettenkapazitäten im Intensivpflegebereich stehen noch zur Verfügung. Insgesamt sind die **Covid-19-Fälle auf Intensivstationen** bundesweit (ohne Wien) gegenüber dem Vortag um 28 Fälle gesunken, ohne dass in einem BL Zunahmen gab. Insgesamt werden derzeit auf den Intensivpflegestationen (exkl. Wien) 252 Covid-19-Fälle betreut. *Bei Berücksichtigung der gemeldeten Covid-19-Fälle für Wien aus der SKKM-Meldung ergibt sich für heute österreichweit ein Covid-19-Belag in Höhe von **360** auf den Intensivpflegestationen.*
- Per 12.01.2021 lag die **Auslastung** aller für COVID nutzbaren **Intensivbetten** gemäß Ländermeldungen an das BMSGKP bei **35,0%** (exklusive Wien). Bezogen auf die gesamte Bettenkapazität auf Intensivpflegestationen (per 18.12.2020 1634 Betten exklusive Wien) lag die Auslastung bei **16,3%**.

Personalausfälle im Intensivbereich sind weiterhin überschaubar. Höchste Werte bei ärztlichem Personal in BGL (13%), OÖ/NÖ (3%) und bei DGKP in BGL (8%), STMK (5%), OÖ/KNT/NÖ/SBG (4%).

Grafische Darstellung zur Auslastung der Kapazitäten in Österreich



54-KAPAZITÄTERHEBUNG

Anteil der freien Beatmungsgeräte und des nicht arbeitsfähigen Personals

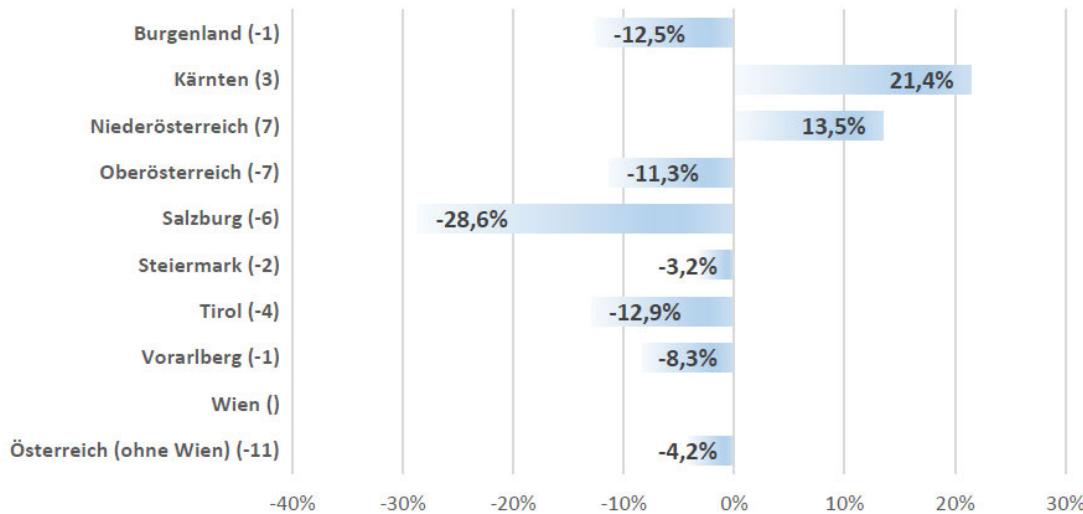
	Anteil freier Beatmungsgeräte	Anteil nicht arbeitsfähiger Ärztinnen/-Ärzte	DGKP
Burgenland	14%	11%	8%
Kärnten	71%	2%	4%
Niederösterreich	61%	3%	4%
Oberösterreich	50%	3%	4%
Salzburg	37%	2%	4%
Steiermark	76%	2%	5%
Tirol	30%	2%	3%
Vorarlberg	70%	1%	1%
Wien	k.A.	k.A.	k.A.
Osterreich (ohne Wien)	59%	3%	4%

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	7	0	27%
Kärnten	17	0	20%
Niederösterreich	59	-3	30%
Oberösterreich	55	-8	30%
Salzburg	15	-4	27%
Steiermark	61	-8	30%
Tirol	27	-4	30%
Vorarlberg	11	-1	47%
Österreich (ohne Wien)	252	-28	29%
Wien (SKKM-Meldung)	108	-5	
Österreich gesamt	360	-33	

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

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 %

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, 04.01.2021** 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 12.01.2021*“ 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 **Infektionsgeschehens** von rund 2.000 Fällen/Tag aus (2.300 Fälle/Tag am 1. Prognosetag bis 1.700 Fälle/Tag am letzten Prognosetag).
- Bei der Kapazitätsvorschau wird von einem Rückgang des Belages **auf ICU von 368** (am 04.01.) **auf 308** (am 19.01.) ausgegangen. Mit 68% Wahrscheinlichkeit liegt der ICU-Belag am 19.01. zwischen 217 und 414. Auf Normalstationen wird ein Rückgang des Belages von 2.006 (am 04.01.) auf 1.694 (am 19.01.) erwartet. Mit 68% Wahrscheinlichkeit liegt der Belag auf Normalstationen am 19.01. zwischen 1.135 und 2.372.
- In Bezug auf die **Virus-Mutation** („Variant of Concern“, VOC) ist zu berichten: Basierend auf den aktuell zur Verfügung stehenden und limitierten Daten für Österreich (PK Allerberger/Bergthaler vom 4.1.) wird die Inzidenz auf wenige Fälle (inkl. Dunkelziffer auf rund 30 Fälle) geschätzt, die unter Extrapolation der englischen Daten (Davies et al. preprint) bis Ende Jänner auf in Summe rund 1.000 Fälle ansteigen könnten. Vor der Lockerung der aktuellen Maßnahmen wird eine präzise Evaluation der Ausbreitung dieses Strains in Österreich dringend empfohlen. Derzeit wird ein Handlungsfenster für den Aufbau einer Surveillance-Strategie in den nächsten Tagen gesehen. Es wird auf die Empfehlungen der ECDC verwiesen (u.a. Intensivierung der molekularbiologischen Testung und nachfolgenden Sequenzierung positiver Fälle sowie Analyse von Abwasserproben, v.a. in Regionen mit höherem Risiko aufgrund erhöhter Reisetätigkeit).
- Gemäß der am 5. Jänner 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) innerhalb des 95%-Intervalls prognostiziert.

Die beschriebenen Prognosen sind vor dem Hintergrund folgender Einschränkungen zu interpretieren.

In der aktuellen Prognoseperiode treffen weiterhin sowohl treibende als auch dämpfende Faktoren auf die berichteten Fallzahlen aufeinander. Als treibende Faktoren werden angenommen: Vorweihnachtliches Konsumverhalten, Testverhalten vor den Weihnachtsfeiertagen, Kontakthäufungen im Rahmen der feiertagsbedingten Lockerungen, Wiederaufnahme von asymptomatischen K1-Testungen (z.B. Kärnten). Als dämpfende Faktoren erwarten wir: Stärkeres Underreporting über die Weihnachtsfeiertage, eingeschränkte wirtschaftliche und schulische Aktivität

(Urlaub/Ferien) und Inkrafttreten des harten Lockdowns am 26.12. Eine genaue Quantifizierung dieser einzelnen Faktoren ist aufgrund fehlender Vergleichswerte herausfordernd. Unter den oben dargelegten Annahmen ist somit von einem Rückgang von aktuell rund 2.300 Fällen/Tag auf 800 bis 1.200 Fälle/Tag Ende Jänner zu rechnen. Die Wirksamkeit des 3. harten Lockdowns sollte sich in einer Reduktion der Fallzahlen beginnend nach der ersten Jännerwoche widerspiegeln. Sollte die Wirksamkeit vergleichbar mit dem 2. harten Lockdown sein, ist bis Ende Januar mit einer Reduktion der Neuinfektionen auf 43% des Fallzahlniveaus vor Wirksamwerden des Lockdowns zu rechnen (mit 50%iger Wahrscheinlichkeit liegt die Reduktion im Bereich von 31% bis 55% des Ausgangsniveaus). Bei der Belagsprognose wird von einem konstanten Aufnahme- und Entlassungsmanagement über den Prognosehorizont (inkl. Weihnachtsfeiertage) ausgegangen.

	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	20	13	7	→
Kärnten	39	29	19	→
Niederösterreich	116	96	74	→
Oberösterreich	68	43	16	→
Salzburg	26	14	2	→
Steiermark	107	83	57	→
Tirol	49	35	19	→
Vorarlberg	65	57	48	→
Wien	k.A.	k.A.	k.A.	
Österreich (ohne Wien)	490	419	335	→

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 - ohne Betrachtung von Wien da keine Meldung vorliegt – 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 OÖ (22,0%) und VLBG (18,6%); 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 (ICU-Auslastung unter 10%). Die Prognosen treffen die Annahme, dass der mit dem zweiten Soft-Lockdown beobachtete im Prognosezeitraum wird erwartet, dass sich ein Abwärtstrend einstellt.

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

Risk of COVID-19 transmission related to the end-of-year festive season (04.12.2020) -

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-covid-19-festive-season>; letzter Zugriff 30.12.2020

Traditionelle Festivitäten zum Ende des Jahres tragen ein **hohes Risiko für Transmissionen**.

„**Pandemic Fatigue**“ trägt dazu bei, dass speziell in dieser Zeit die Motivation, empfohlene Maßnahmen einzuhalten, sinkt.

Je früher gesetzte Maßnahmen entschärft oder aufgehoben werden, desto größer ist die prognostizierte Zahl an Fällen, Hospitalisierungen und Todesfällen.

Ein hohes Transmissionsrisiko in der Bevölkerung geht mit einem **hohen Risiko für Spitalskapazitäten** einher. In vielen Ländern sind Normalbetten- und ICU-Kapazitäten immer noch stark ausgelastet. Es müssen mehrere Maßnahmen gesetzt werden um die Verbreitung des Virus einzudämmen. Das setzen aller Maßnahmen gleichzeitig - „**Lockdown**“ – zeigte sich als effektiv in den ersten Fallzahlanstiegen im Frühjahr und im Herbst.

Einfacher und niederschwelliger Zugang zu Testungen ist essentiell, um Kontaktpersonennachverfolgung und Isolation von Fällen zu ermöglichen.

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 30.12.2020

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 30.12.2020

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 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 30.12.2020

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 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 30.12.2020

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**

6.2 Entwicklungen in anderen europäischen Ländern

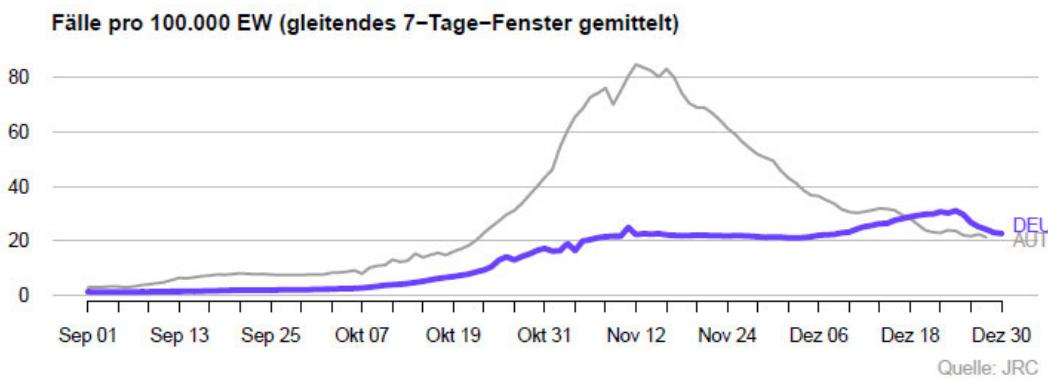
6.2.1 Epidemiologische Situation

Aufgrund vergleichbarer Demografie und geografischer Lage können deutschsprachige Länder, Schweiz und Deutschland, als Vergleichsbeispiel hinsichtlich epidemiologischer Entwicklung dienen.

Deutschland

5.17 Germany

Trend decreasing
Änderung Fälle 5 %

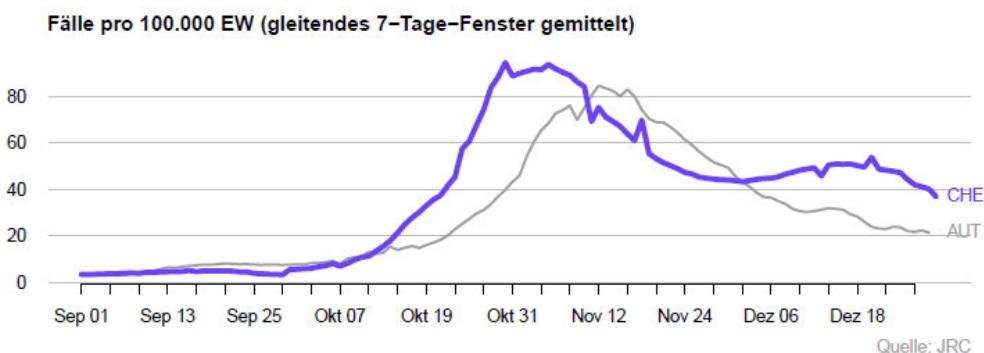


Quelle: COVID-Lagedarstellung AGES/Fallzahlenentwicklung weltweit (Stand, 30.12.2020)

Schweiz

5.43 Switzerland

Trend decreasing
 Änderung Fälle -13 %



Quelle: COVID-Lagedarstellung AGES/Fallzahlenentwicklung weltweit (Stand, 30.12.2020)

6.2.2 Maßnahmen

Deutschland:

Bund-Länder-Beschluss am 25.11.: Die Maßnahmen vom 2.11. werden bis 10.1.2021 verlängert.

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:

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

- 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 höchstens 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 Haushalts.

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:

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. Gleches 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 Kontaktdaten 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. Kontaktsport 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 Schleppplifte) 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.

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 ein-malige 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. 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 Bereiche 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.

6.3.3. 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.

6.3.4. Mund-Nasen-Schutz

Zusammenfassung der Anfragebeantwortung durch GÖG zum Thema „In welchen europäischen Ländern gilt eine MNS-Pflicht am Arbeitsplatz am Arbeitsplatz“ /14.12.2020

In sehr vielen Ländern ist teilweise an besonders frequentierten Plätzen eine MNS Pflicht im Feien vorhanden. Generelle Regelungen werden im Regelfall zentral erlassen, die teilweisen MNS Pflichten sind oft auch regional geregelt und obliegen Bundesländern oder Gemeinden. Die Maskenpflicht bezieht sich meist auf dem öffentlichen Raum, somit sind u.a. Arbeitsplatz betroffen (z.B. Schulen, Geschäfte, Gastronomie). In Frankreich, Portugal, Rumänien, der Schweiz und in Teilen Deutschlands (Berlin) ist eine Pflicht speziell für Arbeitsplätze / Büroräume angeordnet.

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				

