

2.Stellungnahme_S2_Verfahren_VfGh_V01_22.05.20_final

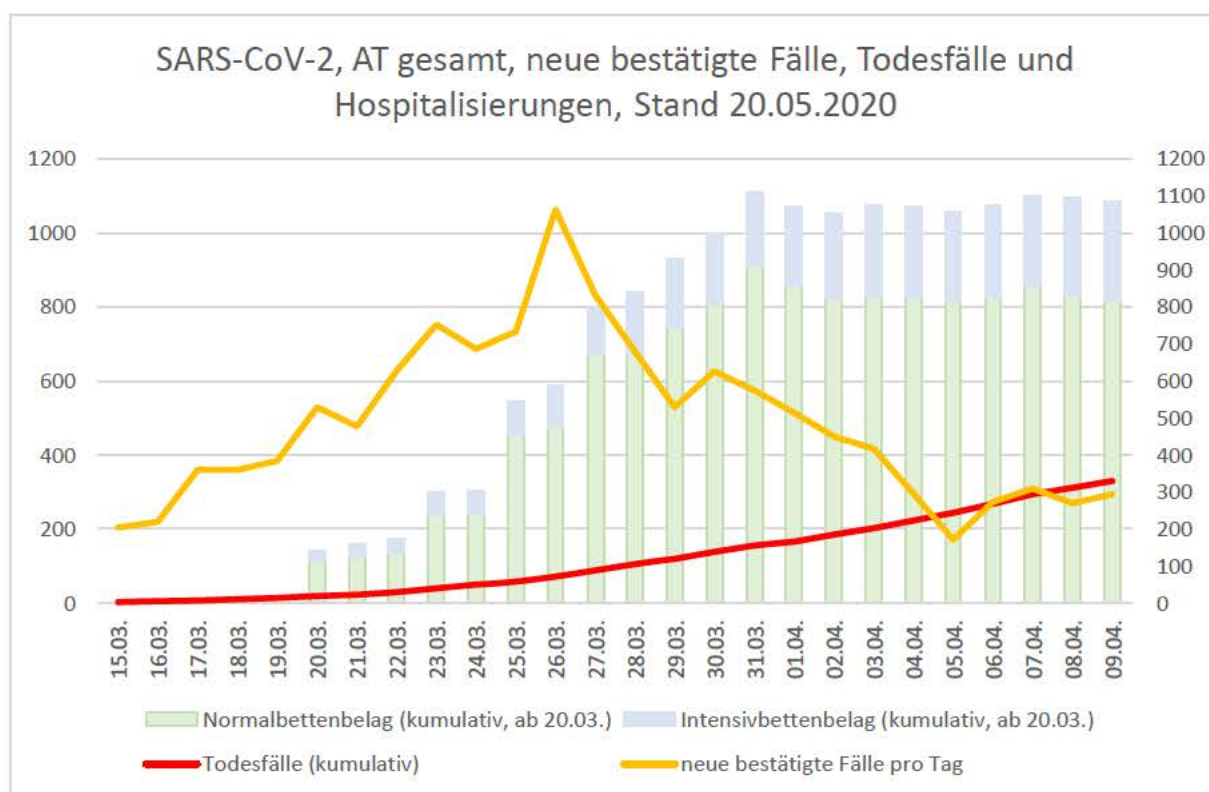
S2 – 2. Stellungnahme ad Verfahren VfGh (Anfrage S7)

Infektions- und Todeszahlen (Stand 09.04., Quelle: EMS)

Bestätigte Fälle: 13.138 (gemäß Einlangedatum)

Todesfälle: 262 (ohne bestätigte Fälle mit anderer Todesursache, gemäß Einlangedatum)

grafische Darstellung der Entwicklung von 15.3. bis 9.4. (Stand 20.05.)



Quellen: neue bestätigte Fälle und Todesfälle gemäß EMS; Hospitalisierungszahlen gemäß BL-Meldungen

Wichtige Hinweise:

Ad „neue bestätigte Fälle“:

Die Zuordnung zu einem Datum erfolgt je nach Verfügbarkeit der Informationen in folgender Reihenfolge: Diagnosedatum > Erkrankungsdatum > Meldedatum. Die Daten stammen aus dem Epidemiologischen Meldesystem.

Ad „Todesfälle“: Die Zuordnung erfolgt nach dem Todesdatum; Todesfälle aus anderem Grund als SARS-CoV-2 werden exkludiert.

Hintergrundinformation zu Covid-19

Das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) unterstützt die EU-MS bei ihrer Risikoeinschätzung und damit einhergehenden Maßnahmenplanung.

Österreich berücksichtigt Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation und der ECDC bei der Weiterentwicklung der Strategie zur Krisenbewältigung.

In die Risikobewertung des ECDC fließen verschiedene zum jeweiligen Zeitpunkt verfügbare internationale Quellen mit ein; diese geben einen Überblick zum jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft hinsichtlich der Erforschung der Erkrankung als auch hinsichtlich der Optionen zur

2.Stellungnahme_S2_Verfahren_VfGh_V01_22.05.20_final

Maßnahmensetzung. Es ist zu betonen, dass die Situation eine dynamische ist und diese auf nationaler und internationaler Ebene ständig neu bewertet werden muss.

Als Grundlage für politische Entscheidungen zur Maßnahmensetzung fließen neben Empfehlungen der WHO, der ECDC die Einschätzungen und Erkenntnisse der nationalen Expertinnen und Experten sowie die jeweils aktuelle Datenlage und Prognosen mit ein.

In der Risikobewertung des ECDC vom 8. April 2020 werden Fieber, Husten, Halsweh Abgeschlagenheit als häufigste Symptome genannt. Darüber hinaus mehrten sich weiterhin die Berichte über asymptomatische Fälle. Erste Schätzungen zur Schwere der Erkrankungen basierend auf damals vorhandenen epidemiologischen Daten aus EU/EWR-Staaten und UK ergaben:

- 32 % aller Fälle wurden hospitalisiert (Daten von 26 Ländern)
- 2,4 % aller Fälle verliefen kritisch (Daten von 16 Ländern)
- 11 % der hospitalisierten Fälle (Daten von 21 Ländern) verliefen tödlich
- Die vorhandenen Daten zeigten ein erhöhtes Risiko der Hospitalisierung für über Sechzigjährige
- Die Anzahl der Todesfälle bei der Altersgruppe 65-79 Jahre lag bei 44 % und bei der Altersgruppe ab 80 bei 46%

ECDC Risikobewertung vom 8. April 2020

- Das Risiko einer **schweren Erkrankung im Zusammenhang mit einer COVID-19-Infektion** für Menschen in der EU / im EWR und im Vereinigten Königreich wurde **für die allgemeine Bevölkerung als moderat** und für **ältere Erwachsene und Personen mit definierten Risikofaktoren** (Bluthochdruck, Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen, chronische respiratorische Erkrankungen, Übergewicht) als **sehr hoch** angesehen.
- Das **Risiko des zunehmenden Auftretens einer „Community Transmission“** von COVID-19 in der EU/EWR und UK wurde mit gesetzten Eindämmungsmaßnahmen als **moderat**, jedoch ohne Implementierung von Eindämmungsmaßnahmen als **sehr hoch** angesehen.
- Das **Risiko einer Überlastung der Gesundheits- und Sozialsysteme** in der EU/EWR und UK wurde mit gesetzten Eindämmungsmaßnahmen als **hoch** und ohne ausreichende Implementierung von Eindämmungsmaßnahmen als **sehr hoch** angesehen.

Die Implementierung von strengen Maßnahmen konnte in mehreren Ländern (darunter auch Österreich) beobachtet werden, was zu einer wesentlichen Reduktion der Transmission von Covid-19 geführt hat. In der damaligen Situation sollte weiterhin ein starker Fokus auf konsequentes Testen, Überwachungsstrategien (inkl. Kontaktpersonennachverfolgung), allgemeine Maßnahmen in der Bevölkerung (physical distancing), Stärkung des Gesundheitssystems und Information der Öffentlichkeit sowie des Gesundheitspersonales gesetzt werden.

Des Weiteren wurde festgehalten, dass solch strenge Maßnahmen gravierende gesellschaftliche Auswirkungen (ökonomisch und sozial) mit sich bringen. Laut dem Rapid Risk Assessment vom 8. April 2020 hätte eine frühzeitige Lockerung der Maßnahmen eine anhaltende Übertragung zur Folge gehabt. Bis zur Verfügbarkeit eines Impfstoffs sind gewisse Maßnahmen im Bereich physical distancing für mehrere Monate notwendig, um das Gesundheitssystem nicht zu überlasten. Etwaige Lockerungen müssten behutsam und evidenzbasiert geplant werden. Die Lockerung aller Maßnahmen wurde zum damaligen Zeitpunkt als zu früh eingestuft.

2.Stellungnahme_S2_Verfahren_VfGh_V01_22.05.20_final

Unterschiede zwischen COVID-19, MERS und SARSa) Verbreitung (Basisreproduktionszahl, R_0)

Die Basisreproduktionszahl ist ein Maß für die Weiterverbreitung einer Infektionskrankheit und gibt an, wie viele Personen im Durchschnitt von einer infektiösen Person angesteckt werden, wenn es sich um eine susceptible Population handelt (=keine Immunkompetente Personen). Selbige kann sich aufgrund von unterschiedlichen Formen des gesellschaftlichen Zusammenlebens zwischen verschiedenen Bevölkerungen bzw. Ländern unterscheiden.

Verschiedene Studien kommen auf unterschiedliche Werte für die Basisreproduktionszahl, wie im Folgenden ersichtlich durch die Spannweite:

Infektionskrankheit	R_0 (Basisreproduktionszahl)
SARS-CoV-2	1,4 – 6,94 [1,2]
SARS	2–5 [2]
MERS	0,3–0,8 [3]

Quelle: [1] Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – seventh update, 25 March 2020. Stockholm: ECDC; 2020; [2] Ying Liu, Albert A Gayle, Annelies Wilder-Smith, Joacim Rocklöv, The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus, Journal of Travel Medicine, Volume 27, Issue 2, March 2020, taaa021, <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa021> [3] Kucharski A J, Althaus C L. The role of superspreading in Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) transmission. Euro Surveill. 2015;20(25):pii=21167. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES2015.20.25.21167>

Anhand der Tabelle wird ersichtlich, dass COVID-19 und SARS eine vergleichbare Zahl an Sekundärinfektionen verursachen. Trotz der beeindruckend starken Interventionsreaktion ist SARS-CoV-2 deutlich weiterverbreitet als SARS, was darauf hinweist, dass es möglicherweise übertragbarer ist. [2]

b) Letalität (Fall-Verstorbenen-Anteil)

Für den Fall-Verstorbenen-Anteil teilt man die Zahl der gemeldeten verstorbenen Fälle durch die Zahl der gemeldeten Fälle in einer Population. Die Gefährlichkeit von COVID-19 scheint deutlich niedriger zu sein als bei MERS (bis zu 30 % Letalität) und SARS (ca. 10 Prozent Sterblichkeit). Man geht derzeit bei SARS-CoV-2 von einer Letalität von bis zu 3 % aus. (Quelle: AGES).

In Österreich liegt der Fall-Verstorbenen-Anteil aktuell bei ca. 3,7 % (Stand 20.05.20)

