

15. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 03.12.2020, 14:00-18:00

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 15. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 03122020_Anwesenheitsliste_15. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 19 von 20 stimmberechtigten Mitgliedern anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 14. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 14. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Das Protokoll wurde vorab in der geänderten Fassung ausgeschickt. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 26112020_Corona Kommission_14. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Der Vertreter aus Wien merkt an, dass – wie im Protokoll korrekt wiedergegeben – nicht besprochen wurde, die risikoadjustierte Inzidenz gänzlich aus den Unterlagen zu entfernen. Dies sollte nochmals besprochen werden. Herzog stimmt zu, dass besprochen wurde, die Risikoadjustierung gegenwärtig nicht in die Bewertung einzubeziehen, sie aber zu gegebener Zeit wieder aufzugreifen.

Der Vertreter aus Wien berichtet drüber hinaus, dass in den Medien kolportiert wurde, dass Schulschließungen von der Kommission einmal befürwortet und später abgelehnt wurden. Man ersucht, dies nochmals zu prüfen. Herzog repliziert, dass seiner Erinnerung nach nie ein Beschluss für Schulschließungen gefasst wurde, sondern sich die Kommission stets gegen Schulschließungen und für eine Offenhaltung der Schulen unter verstärkten Schutzmaßnahmen ausgesprochen hat.

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Herzog führt aus, dass auf Basis der Rückmeldungen dem Dokument zu Testungen in großen Teilen der Bevölkerung, nunmehr eine Präambel vorausgestellt und diese in „Anmerkungen“ umbenannt wurde. Dies soll nochmals unter TOP 4 aufgerufen werden.

Ebenfalls unter TOP 4 wird Hausreither (BMSGPK) zur 2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung berichten und für etwaige Fragen zur Verfügung stehen.

Der Vertreter aus Wien bringt das Thema der Grenzkontrollen ein, dass ebenfalls unter TOP 4 besprochen werden soll.

3. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Die größte Herausforderung ist aktuell die Berücksichtigung der beginnenden Massentests in den Prognosen. Wesentlich für die Treffsicherheit wäre eine Unterscheidung der Antigentest-Positiven von den anderweitig Getesteten in den Datengrundlagen. Zudem werden nach wie vor in mehreren Bundesländern asymptomatische K1-Kontaktpersonen nicht getestet, was die Aussagekraft der Datengrundlagen limitiert. Es ist davon auszugehen, dass Abweichungen der Fallentwicklung in einigen Bundesländern zur Prognose im letzten Prognosezeitraum u.a. darauf zurückzuführen sind.

In der letzten Prognoseperiode kam es zu einem Rückgang der Fallzahlen, wobei sich dieser langsamer gestaltete, als prognostiziert. Für die nächste Prognoseperiode wird von durchschnittlich 2.700 positiv Getesteten/Tag am ersten und 2000 am letzten Prognosetag ausgegangen. Der ICU-Belag liegt derzeit mit 32 % knapp unter dem Signalwert von 33 %. Gemäß Prognose reduziert sich dieser Anteil bis 16.12. auf 21 %. Basierend auf der Prognoseberechnung kommt es in keinem Bundesland zu einer Überschreitung der Kapazitäten. Sowohl auf Intensiv- als auch auf Normalstationen wird sich der Belag österreichweit verringern, wobei der Rückgang je nach Bundesland unterschiedlich schnell erfolgen wird.

→ siehe Anhang 5: TOP 3 Prognose

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet aus seinem Bundesland, dass die Mortalitätsrate bei intubierten Patienten rezent bei nahezu 70 % lag. Er ersucht um einen Vergleich der Performance national und international. Bachner führt aus, dass ein Fact-Sheet zum Thema Intensivpflege und COVID auf der Website des BMSGPK abrufbar ist (siehe: <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:7af191c6-b103-4794-86d9-06f050b355fa/Factsheet%20Coronavirus%20Hospitalisierungen.pdf>). Er bietet an, detailliertere Analysen unter Einbeziehung von Daten zu Co-Morbiditäten der Hospitalisierten zu erstellen und in der nächsten Sitzung zu präsentieren. Internationale Vergleichsdaten sollen – wo diese verfügbar sind - integriert werden.

Auch der Vertreter aus Oberösterreich bestätigt anhand eigener Erfahrungen und Statistiken die Ausführungen des Vertreters aus Vorarlberg.

Der Vertreter aus Wien merkt an, dass gemäß der präsentierten Prognosedaten die Fallzahlen aller Bundesländer auf ein sehr ähnliches Niveau zusteuern. Er hinterfragt, ob davon auszugehen ist, dass die Fallzahlen auf einem bestimmten Niveau verbleiben werden. Bachner führt aus, dass eine genaue Prognose hier nicht möglich ist, da dies vorrangig von den gesetzten Maßnahmen und der diesbezüglichen Compliance abhängen wird. Es ist davon auszugehen, dass bis zu einer erreichten Durchimpfung der Bevölkerung stets von einem gewissen Fallzahlenniveau auszugehen ist.

Der Vertreter aus Wien ergänzt, dass gemäß der in der letzten Woche ausgeschickten Folien zum Bundesländervergleich sowie der Unterlagen zum Maßnahmenmonitoring der Schluss gezogen wird, dass gewisse regionale Maßnahmen – wie konkret die Vorverlegung der Sperrstunde - keinen nachweislich positiven Effekt erbracht haben. Er führt in diesem Zusammenhang aus, dass aber die Maßnahme, wie z.B. die Schließung der Gastronomie massive Auswirkungen auf Lehrlinge in diesem Bereich hat.

Ostermann bestätigt, dass die regionale Wirkung von Maßnahmen bzw. die Auswirkung einer einzelnen Maßnahme für sich nur begrenzt analysiert werden kann. Er verweist auf Evidenz, wonach idR nur mehrere Maßnahmen in Kombination einen nachweislichen Erfolg erbringen. Er erläutert, dass alle drei Mitglieder des Prognosekonsortiums zu Beginn des Lockdowns in den Prognosen optimistischer waren, was den Effekt betrifft. Nach anfänglichen Rückgängen, zeigt sich jetzt aber

annähernd eine Stabilisierung. Die Analysen der Mobilitätsdaten von A1 bestätigen das Bild, dass der aktuelle Lockdown weniger starke Auswirkungen auf die Mobilität der Bevölkerung hat, als jener im März. Der Anteil der mobilen Bevölkerung (Bewegungsradius über 1 km) hat sich im Schnitt von 72-73 % auf 60 % (versus rd. 45 % im Lockdown 1) reduziert.

Schmid (AGES) erläutert, dass die aktuelle Entwicklung nicht gänzlich unerwartet ist. Beginnend von einem sehr hohen Niveau der Community Transmission haben sich die Infektionszahlen reduziert. Das Maßnahmenpaket des Lockdowns light bzw. hard umfasst viele Teilaspekte, die man regional insbesondere hinsichtlich der Compliance der Bevölkerung analysieren müsste. Dazu können die Clusteranalysen herangezogen werden.

Der Vertreter aus Wien verweist auf eine Stellungnahme von Cypionka (IHS), wonach der Lockdown ein bis zwei Wochen zu spät erfolgt ist. Er erkundigt sich nach der Sichtweise von Herzog als Vorsitzenden der Kommission. Herzog erläutert, dass es die Aufgabe der Kommission ist, eine Risikoeinschätzung vorzunehmen und nicht, über einen Lockdown zu entscheiden. Er führt ergänzend aus, dass man den Präventionsgedanken der Ampel in der Vergangenheit wohl durchaus stringenter verfolgen hätte können, anstatt danach zu trachten, Höherstufungen möglichst zu vermeiden.

Allerberger (AGES) führt aus, dass es das Ziel eines Lockdowns ist, den drohenden Zusammenbruch des Gesundheitswesens abzuwenden. Dieser ist nicht eingetroffen, demzufolge war der Lockdown zum richtigen Zeitpunkt. Herzog teilt diese Einschätzung.

Schmid gibt einen kurzen Überblick zur allgemeinen Lage und zu Auffälligkeiten in Österreich. Gegenwärtig hat sich die 7-Tages-Inzidenz auf 311/100.000 reduziert. In KW 47 konnten exklusive Wien fast 30 % der Fälle hinsichtlich ihrer Quelle abgeklärt werden. Wie in den Vorwochen zeigt sich, dass das Setting Gesundheit und Soziales eine relevante Rolle spielt, wobei das Hauptsetting des Infektionserwerbs nach wie vor der Haushalt ist. Der Altersdurchschnitt der Erkrankten liegt bereits bei 45,6 Jahren. Das Reff liegt nunmehr bei 0,84. Es wurde auch eine Trendanalyse durchgeführt. Bei der Kategorisierung des Trends werden zwei überlappende Zeiträume miteinander verglichen: das aktuelle 14-Tagesfenster sowie ein 14-Tagesfenster davor, wobei sich die beiden Fenster um 7 Tage überlappen. Demzufolge kam es nur in zwei Bezirken zu einem aufsteigenden Trend: Mattersburg und Murtal.

Der Vertreter aus Wien führt aus, dass gegen Ende des Lockdowns damit zu rechnen ist, dass die Inzidenzen mit der Situation rund um den 20. 10. vergleichbar sein werden. Dies wird von Herzog bestätigt.

- ➔ *siehe Anhang 4: Ampel_slides_2020-12-02*
- ➔ *siehe Anhang 5: Kurzbericht Monitoring der COVID-19 Schutzmaßnahmen_02.12.20*

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs. Aufgrund der Homogenität der Einschätzungen wird ein Überblick zur Gesamtsituation und auf Bundeslandebene gegeben und nicht auf Bezirksebene vorgegangen.

Bachner führt aus, dass sich auf Basis der Daten für ganz Österreich ein sehr hohes Risiko ergibt. Mit Ausnahme eines einzigen Bezirkes (Horn) weisen alle Bezirke eine rohe Inzidenz deutlich über 100 auf. Er erläutert, dass das in der Sitzung gezeigte Dokument – im Gegensatz zum vorab übermittelten - die risikoadjustierten Werte umfasst, die aus Dokumentationsgründen mit ermittelt wurden. Grund für das in der letzten Sitzung vereinbarte vorläufige Aussetzen der Betrachtung der Risikoadjustierung sind

die aktuell geringen Abklärungsquoten. Wie bereits erläutert, ist nunmehr auch die Trendanalyse ins Dokument integriert.

Im Burgenland hat sich die Inzidenz um gesamt 19 % reduziert. Lediglich in Mattersburg kam es zu einer Zunahme um 11 %. **Die Vertreterin des Burgenlandes berichtet hier von Ausbrüchen in zwei Pflegeheimen, die zur deutlichen Fallzunahme geführt haben.**

Der Rückgang der Inzidenz in Kärnten beträgt gesamt 21 %. Die Bezirke Spittal an der Drau und Villach Land zeigen eine stabile Situation, ansonsten gibt es fallende Trends in allen Bezirken. Der Vertreter aus Kärnten berichtet von einer dramatischen Entwicklung in den Pflegeheimen in seinem Bundesland. **Es wurde den Pflegeheimen eine tägliche Antigentestung aller Mitarbeiter empfohlen, was allerdings nicht durchwegs positiv aufgenommen wurde.** Der Altersschnitt der Erkrankten ist in Kärnten aus seiner Sicht sehr ungünstig. **Die Performance der Gesundheitsämter ist nach wie vor nicht zufriedenstellend, Verbesserungen zeigen sich nur schleppend.** Die bevorstehenden Testungen breiter Bevölkerungsschichten scheinen seitens der Behörden nur schwierig zu bewältigen. Vor diesem Hintergrund wird ein maßvoller Umgang mit kommenden Lockerungsschritten begrüßt.

Schmid ergänzt, dass in den vergangenen Kalenderwochen in Kärnten mindestens 11 Mal das Setting Gesundheit und Soziales betroffen war. **Der Vertreter aus Kärnten repliziert, dass seiner Wahrnehmung nach über 30 Häuser betroffen sind.**

Auch in Niederösterreich ist es im Schnitt zu einem Inzidenzrückgang von 19 % gekommen. Horn weist als einziger Bezirk eine rohe Inzidenz von knapp unter 100 bei fallender Tendenz auf. Im Sinne der gesamthaften Betrachtung würde man aber für das gesamte Bundesland für eine Einstufung mit hohem Risiko plädieren. Die Vertreterin aus Niederösterreich schließt sich dieser Einschätzung an.

Oberösterreich verzeichnete einen deutlichen Rückgang der Inzidenz mit 26 %. **Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von zwei Ausbrüchen in Altenheimen im Bezirk Schärding.** Ansonsten zeigen die Anstrengungen zum Schutz der Alten- und Pflegeheime nun bereits Erfolg. Man hofft, dass diese positiven Entwicklungen rasch Auswirkungen auf den stationären Bereich haben.

In Salzburg beträgt der Inzidenzrückgang rund 21 %. Mit Ausnahme von Tamsweg zeigen alle Bezirke rückläufige Tendenzen, die Situation in Tamsweg ist stabil. **Der Vertreter aus Salzburg berichtet von Erfahrungen, dass der Eintrag in Alten- und Pflegeheimen häufig durch (mobile) BewohnerInnen erfolgt. Es besteht daher die Bestrebung, ab 14. 12. alle BewohnerInnen der Heime mittels Antigentest zu testen.** Er merkt zudem in Hinblick auf die avisierte Einreisequarantäne an, dass am Beispiel der Stadt Salzburg mit engen Verflechtungen zu Deutschland die Durchsetzung derart harter Verordnungen zu emotionalen Belastungen und schwierigen Situationen für die Bevölkerung führen könnte.

In der Steiermark beträgt der Inzidenzrückgang 16 % und ist damit etwas geringer, als in den anderen Bundesländern. Im Bezirk Murtal ist die Inzidenz gestiegen. **Der Vertreter aus der Steiermark verweist auf Probleme in Alten- und Pflegeheimen, die ohnedies medial kolportiert wurden.** Er ersucht, die risikoadjustierten Inzidenzen künftig wieder vorab auszusenden und fragt nach Gründen für fallende Trends bei gleichzeitig steigenden risikoadjustierten Inzidenzen. Er gibt zu bedenken, dass aktuell sehr viele Daten und Zahlen parallel kursieren und sich fallweise widersprechen.

Bacher führt aus, dass landesinterne und bundesweite Daten aktuell teilweise nicht deckungsgleich sind. Primärer Hintergrund sind die noch laufenden Fallabklärungen. Daher wurde von einer vorab-Verbreitung der Daten abgesehen, um diesbezügliche Unstimmigkeiten zu vermeiden.

Schmid führt aus, dass immer der primäre Adressat von Analysen zu beachten ist. Komplexe Analysen sollten nicht medial kolportiert werden, sondern dem bestimmten Empfängerkreis vorbehalten sein. Das Aussetzen der Risikoadjustierung ist auf die derzeit verzögerte Fallabklärung zurückzuführen. Die Angabe des Trends bei den rohen Inzidenzen soll die Kommission in der Risikobewertung unterstützen.

Auch in Tirol ist der Rückgang mit 26 % sehr erfreulich. Lediglich in Lienz ist der Trend stabil und die rohe Inzidenz mit über 700/100.000 hoch. Die Lage in den Intensivstationen ist nach wie vor angespannt. Die Vertreterin aus Tirol berichtet, dass seit 6 Tagen in keinem Bezirk über 100 Fälle pro Tag verzeichnet wurden. **In Lienz ist sowohl ein Alten- und Pflegeheim betroffen, als auch mehrere große Familiencluster aufgetreten. Von 97 Alten(wohn)Heimen sind rund 30 betroffen, wobei 20 davon mehr als einen Fall gemeldet haben. Der Heimeintrag passierte überwiegend durch das Personal. Man schließt sich der Einschätzung an, dass regelmäßige und umfassende Testungen in Heimen sehr wichtig sind, wobei die Finanzierung dafür sicher zu stellen ist.**

Vorarlberg verzeichnete den höchsten Inzidenzrückgang in den letzten 14 Tagen. Die rohe Inzidenz liegt deutlich unter dem Bundesschnitt. Dennoch liegt die Inzidenz in allen Regionen bei 200 und darüber.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet von nach wie vor hohem Belag der Intensivstationen, wobei über 50 % der Personen dort intubiert sind. Er unterstützt die Wortmeldung des Vertreters aus Salzburg hinsichtlich der angedachten Reiseeinschränkungen, zumal die angrenzenden Gebiete eine niedrigere Inzidenz aufweisen, als das eigene Bundesland. Sowohl die wirtschaftlichen als auch die persönlich-familiären Auswirkungen werden als sehr große Herausforderung betrachtet.

Auch Wien verzeichnete einen deutlichen Rückgang mit 28 % und die niedrigste rohe Inzidenz mit rund 205/100.000. Positiv ist die gemeldete Abklärungsquote von rund 50 %. Der Anteil asymptomatischer Fälle liegt bei rund 30 %.

Der Vertreter aus Wien bestätigt die genannte Abklärungsquote von 50 %. Die positivity-rate liegt in Wien nun bei 8 %. **Aber auch hier wurden Einträge in Alten- und Pflegeeinrichtungen beobachtet. Es werden sowohl Personal als auch BewohnerInnen getestet.**

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

„Aufgrund der entsprechenden Kontextinformationen sind alle Bezirke, alle Bundesländer und das gesamte Staatsgebiet mit sehr hohem Risiko einzustufen.“

Bezirke: alle

Bundesländer: alle

Staatsgebiet Österreich

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Es wird die parallel vorbereitete APA-Meldung zum Sitzungsergebnis gezeigt. Gegen die Meldung bestehen keine Einwände seitens der Mitglieder. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschöber noch heute an die APA und anschließend an die Bezirkshauptleute übermittelt.

→ *siehe Anhang 6: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_03122020_APA*

Schmid referiert eine spezielle Analyse der Entwicklung bei der Gruppe der über 65jährigen. Es zeigt sich, dass sowohl in der KW 47 als 48 die Altersgruppe der über 85jährigen anteilmäßig ein hohes Niveau aufweisen, während jüngere Kohorten eher abnehmen. Der Anteil der Gruppe der über 65jährigen an den Gesamtkontaminationen hat ebenso zugenommen, während die Gruppe der unter 25jährigen in derselben Periode abgenommen hat. Die Alterskohorten dazwischen bleiben eher stabil. Die rohe Inzidenz ist aber auch für diese Altersgruppe in allen Bundesländern mit Ausnahme der Steiermark zurückgegangen.

Hinsichtlich der Settings hat der Anteil des Settings Gesundheit Soziales in dieser Altersgruppe ab KW 41 beträchtlich zugenommen, wobei hier die Alten- und Pflegeheime dominieren. Der Hauptteil der Cluster im Setting Gesundheit und Soziales hat mehr als 10 Fälle. Bei den Clustern mit über 50 Fällen dominiert dieses Setting.

→ *siehe Anhang 7: ue65_cluster_2020-12-03*

Der Vertreter aus Wien bedankt sich für die Präsentation. Er berichtet, dass in Wien rund 365.000 Personen der Altersgruppe über 65 Jahren und rund 80.000 Personen der Altersgruppe über 80 Jahren angehören, wovon rund 18.000 in Alten- und Pflegeheimen wohnen. Er hinterfragt, wie sich Ansteckungen in jener Kohorte zeigen, die nicht in Heimen wohnhaft sind.

Schmid führt aus, dass hier Ansteckungen je nach Wohnsituation wohl primär im Setting Haushalt erfolgen. Darüber hinaus geschehen Ansteckungen bei mobilen Personen im Setting Freizeit, was im Zuge des derzeitigen Lockdowns aber reduziert hat.

4. Berichte

Novellierung der Rechtsgrundlagen

Hausreither berichtet von der 2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung. Es kommen nunmehr wieder nächtliche Ausgangsbeschränkungen für den Zeitraum zwischen 20 und 6 Uhr zu tragen. Geöffnet wird der Handel sowie körpernahe Dienstleistungen mit Einschränkungen der zulässigen Personenzahl und einer Normierung der erforderlichen Präventionskonzepte. Aufgenommen wurde nun auch ein Konsumationsverbot im Zuge der Erbringung körpernaher Dienstleistungen. Die Abholung offener alkoholischer Getränke ist zukünftig untersagt. Auch für Sportstätten im Freien gilt nun eine Personenzahl. Es wurden heute noch Änderungen am Verordnungsentwurf vorgenommen, die letztgültigen Dokumente werden dem Protokoll beigelegt.

Da die Ausgangsbeschränkungen im 10-tägigen Rhythmus im Hauptausschuss des Parlaments bestätigt werden müssen, wird eine Befassung der Kommission ebenfalls in dieser Periodizität erforderlich werden. Weitere Öffnungsschritte sind in Planung und werden zu gegebener Zeit gesetzt.

→ *siehe Anhang 8: 2_COVID-19-SchuMaV*

→ *siehe Anhang 9: 2_COVID-19-SchuMaV_-_Rechtliche_Begründung*

Die bisherigen Rückmeldungen zur Verordnung werden gesammelt und weitergeleitet.

Der Vertreter aus Wien verweist auf die bereits übermittelte schriftliche Stellungnahme. Spezifisch führt er zu §13 an, dass gemäß Auslegung der Rechtsexperten hier angenommen werden kann, dass auch im privaten Bereich eine Maske zu tragen ist.

Der Vertreter aus Kärnten verweist auf das von ihm schon in der letzten Sitzung angesprochene Anliegen, bereits genesene Personen für eine gewisse Zeit von der Testverpflichtung im Rahmen von Screenings auszunehmen. Schimpf (BMSGPK) sagt zu, dieses Thema aufzugreifen und einzubringen.

Hausreither führt aus, dass bezüglich der Zusammenkünfte in privaten Haushalten keinesfalls eine Maskentragepflicht besteht. Ggf. wird dies nochmals klargestellt bzw. in den FAQ erläutert. Hinsichtlich der Screenings in Alten- und Pflegeheimen sagt sie zu, dies für die nächste Novelle aufzugreifen. Der Vertreter aus Kärnten gibt zu bedenken, dass man hier bereits auf die vorliegende Novelle verwiesen wurde und dass diese Regelung eine dringend notwendige Erleichterung im Alltag wäre. Dies wird von der Vertreterin aus Tirol unterstrichen.

Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) hinterfragt nochmals die Detailregelung zu Sport im Freien in Bezug auf Eislaufen. Hausreither führt aus, dass auch hier eine 10qm-Beschränkung gilt. Siebenhofer-Kroitzsch verweist auf Skitouren/Langlaufen, die gemäß der Ausführungen von Hausreither uneingeschränkt möglich sind, da ein Berg in der Gesamtheit keine Sportstätte darstellt. Eine Ausnahme des Betretungsverbot von Sportstätten im Freien wird in der 2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung in Hinblick auf Individualsport eingeräumt. Das Langlaufen auf gespurten Loipen ist demzufolge ebenfalls möglich.

Der Vertreter aus Vorarlberg verweist nochmals auf seine Wortmeldung zur Situation an den Grenzen, die einer Grenzsperr nahekommt. Dies verunmöglicht in manchen Teilen Vorarlbergs das Leben, so wie man es gewohnt ist. Er ersucht darum, zumindest den so genannten „kleiner Grenzverkehr“ zu ermöglichen.

Hausreither führt aus, dass die Grenzverordnung noch in Erarbeitung ist und dass die heutigen diesbezüglichen Wortmeldungen in den Abstimmungsprozess eingebracht werden.

Der Vertreter aus Wien weist ausdrücklich darauf hin, dass die letzte Grenzverordnung vom Sommer dieses Jahres nicht funktioniert hat, was die Infektionszahlen aus diesem Zeitraum belegen. Es wurde in der LSD-Konferenz ein Tool angekündigt, in dem man sich anmelden kann und ggf. automatisiert abgesondert wird. Es scheint ihm nicht möglich, dass die Gesundheitsbehörden diese Aufgaben ergänzend zu allen Weiterem abwickeln können.

Der Vertreter aus Salzburg führt aus, dass eine gesundheitsbehördliche Beteiligung bei der Überwachung der Grenzübergänge nicht möglich ist. Eine nicht überwachte Regelung scheint ebenso nicht zielführend. Eine umfassende Einreiseverordnung schließt seinen Ausführungen zufolge rund 600.000 Auslandsösterreicher von Weihnachten im Kreis der Familie aus und hat auch darüber hinaus familiäre Implikationen.

Der Vertreter aus Oberösterreich schließt sich den Ausführungen aus Wien und Salzburg an und betont ebenfalls, dass es nicht möglich sein wird, dass die Gesundheitsbehörden neben den zahlreichen anderen Aufgaben an den Grenzkontrollen mitwirken werden können.

Der Vertreter aus Kärnten betont, dass Maßnahmen an den Grenzen kontraproduktiv wirken könnten, wenn Personen der Gesundheitsbehörden oder dort aktuell eingesetzte Heeresbedienstete in Richtung Grenze abgezogen werden.

Anmerkungen der Corona Kommission zur Testung – Rückmeldungen und weiteres Vorgehen

Schimpf (Einsatzleiter im BMSGPK) gibt ein kurzes Update in Hinblick auf die laufenden Antigentests. Die Vorbereitungen sind weitgehend abgeschlossen. Jene Bundesländer, in denen die Tests morgen beginnen (Wien, Vorarlberg und Tirol), haben bereits erste Testläufe absolviert. Es kam zu datenschutzrechtlichen Problemen bei der Anmeldeseite. Die Seite wurde vom Netz genommen und der Vorfall der Datenschutzbehörde gemeldet. Die Probleme wurden in intensivem Austausch mit dem IT-Dienstleister behoben. Betroffene Personen, die ihre Buchung nicht abschließen konnten bzw. die Laufzettel anderer Personen erhalten haben, werden persönlich kontaktiert. Es wurden heute mit Stand 8.15 Uhr rund 100.000 Anmeldungen im System verzeichnet, wovon rund 43.000 auf Wien entfallen. Es gab heute kaum Anfragen seitens der Bevölkerung, das System scheint demnach gut zu funktionieren.

Der Vertreter aus Wien hält fest, dass das Problem der fehlenden Hotline nach wie vor besteht. Seiner Wahrnehmung nach, berichten Personen nach wie vor von Problemen mit dem IT-System. Unklar ist seinen Ausführungen zufolge, ob das Bundesheer in Wien morgen analog oder digital mit der Abwicklung beginnen wird. Schimpf führt aus, dass das Thema der Hotline in einer Länderrunde heute besprochen wurde, es waren auch VertreterInnen aus Wien anwesend. Mehrere Bundesländer haben eigene Hotlines angekündigt. Auf Nachfrage von Schimpf berichtet der Vertreter aus Wien, dass scheinbar keine Administratorenzugänge für das Bundesheer eingerichtet wurden. Schimpf berichtet, dass bereits Testzugänge übermittelt wurden und dass dieses Thema in einer heutigen Abstimmungssitzung geklärt werden sollte.

Der Vertreter des BMI hinterfragt, wie im Zuge der Massentestungen positiv getestete Personen ins System aufgenommen werden und ob zwischen positiven Tests aus Massentestungen und sonstigen Testungen unterschieden wird.

Schimpf führt aus, dass alle Fälle aus dem österreichweiten Screening in die Screening-Datenbank eingemeldet werden sollen. Alle bestätigten positiven Fälle werden ins EMS gemeldet und erscheinen damit auch im Dashboard.

Siebehofer-Kroitzsch fragt nach den Planungen zu wiederholten Testungen nach Weihnachten. Schimpf merkt an, dass noch keine konkreten Termine vorliegen. Eine Wiederholung wird aber angestrebt.

Schmid führt ergänzend aus, dass die Übernahme der Antigentests ins EMS eine Herausforderung darstellt. Grundsätzlich ist geplant, alle positiven Antigentests ins EMS zu übernehmen. Es folgt hier immer ein PCR-Test und erst mit positivem PCR-Test geht der Fall in die Statistik ein. Die Kombination eines Antigentest positiven Falls, der mittels PCR-Test nicht bestätigt wird, muss im ESMS noch technisch umgesetzt werden.

Herzog bedankt sich für die Rückmeldungen zu den ausgeschickten Dokumenten zu Testungen. Er führt aus, dass alle Anmerkungen zu weiteren Dokumenten (z. B. Manual) intern weitergeleitet wurden. Die Rückmeldungen zum Empfehlungsdokument waren heterogen. Auf dieser Basis wurde entschieden das Dokument nicht mehr als „Empfehlung“, sondern als „Anmerkungen“ zu titulieren. Zudem wurde eine Präambel formuliert, um auch den dynamischen Entwicklungen der letzten und der kommenden Tage und Wochen gerecht zu werden. Die Inhalte wurden unter Berücksichtigung der eingelangten Rückmeldungen ebenfalls ergänzt und adaptiert.

Herzog schlägt vor, das Dokument unter Berücksichtigung der Präambel als gemeinsames Statement der Kommission zu verstehen.

Der Vertreter aus Wien bedankt sich für die redaktionelle Überarbeitung und die Berücksichtigung der Anmerkungen. Man stimmt dem Dokument nun zu.

Auch Siebenhofer-Kroitzsch bedankt sich für das Dokument und stimmt inhaltlich uneingeschränkt zu.

Allerberger hinterfragt, ob gemäß der Ausführungen von Herzog das Selbsttesten einem PCR-Test gleichgestellt wird. Er glaubt, dass in wenigen Wochen das Selbsttesten den Antigen-Schnelltest mittels Nasenabstrich ablösen wird. Herzog bestätigt letztere Ausführungen.

Die Vertreterin aus Niederösterreich, kann sich dem Dokument in seiner Gesamtheit nicht anschließen. Sie würde gerne den Verlauf der aktuellen Testungen abwarten und sich daher einer etwaigen Abstimmung enthalten.

Der Vertreter des BKA schließt sich der Wortmeldung der Vertreterin aus Niederösterreich an. Er betrachtet das Dokument als „living document“, das weiter bearbeitet werden wird.

Herzog teilt diese Ansicht, das Dokument soll den aktuellen Stand der Diskussion in der Kommission zusammenfassen.

Der Vertreter aus Kärnten schließt sich den Ausführungen der Vertreterin aus Niederösterreich an. Ihm fehlen noch Informationen für eine umfassende Entscheidungsgrundlage. Er würde daher gerne die aktuellen Testungen abwarten und erst danach eine Entscheidung treffen.

Herzog verweist auf die Präambel, die genau diese Überlegungen wiedergibt. Es wird entschieden, den Titel in „aktueller Stand der Diskussion“ umzubenennen. Das Dokument wird in dieser Form an Minister Anschober übermittelt werden.

Der Vertreter des BKA stimmt dieser Vorgehensweise zu. Er avisiert, das Dokument auch in seinem Haus zu zirkulieren. Das Dokument stellt in dieser Form keine gemeinsame Empfehlung der Kommission dar, kann aber irgendwann zu einer solchen gemacht und zur Abstimmung gebracht werden.

Die Vertreterin aus Tirol gibt zu bedenken, dass ProbandInnen aus ersten Erfahrungen nicht gerne an Nasenabstrichen teilnehmen und dass dies ein Hemmnis für die Teilnahme an weitere Testungen sein kann. Sie gibt in diesem Zusammenhang auch zu bedenken, dass das Personal bei den Testungen ggf. nicht gut geschult bzw. erfahren in der Abnahme von Nasenabstrichen ist. Sie schlägt vor, ggf. Systeme zu Rachenabstrichen zu testen und künftig in Betracht zu ziehen.

Herzog bedankt sich abschließend für die rege Mitarbeit und explizit bei Siebenhofer-Kroitzsch und Gartlehner für das Anstoßen der Diskussion.

→ siehe Anhang 10: Aktueller Stand der Diskussion zu den Testungen_20201203

5. Weitere Vorgehensweise

Die heute getroffene Empfehlung ist dokumentiert und wird in dieser Form an die Politik übermittelt. Auch der Kommission wird das Ergebnis zusammen mit dem Protokoll zugänglich gemacht.

→ siehe Anhang 11: Empfehlung der Corona Kommission_15.Sitzung_20201203

- 16. Sitzung mit Empfehlung: 10.12.2020, 14:00 – 18:00 Uhr

24. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 04.02.2021, 14:00-19:00

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 24. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 04022021_Anwesenheitsliste_24. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmung 19 von 20 stimmberechtigten Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 23. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 23. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 28012021_Corona Kommission_23. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Der Bericht zur Anhörung der 4. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung und zur 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung wird vorgezogen.

Die Tagesordnung wird mit dieser Änderung angenommen.

Ergebnis der Anhörung der 4. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung und der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung

Die zusammengefassten Stellungnahmen zur 4. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung und der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung werden dem Protokoll beigelegt.

→ siehe Anhang 3: 4. NotMV_Rückmeldungen_01022021

→ siehe Anhang 4: 4. SchuMaV_Rückmeldungen_04022021

D'Orlando (BMSGPK) berichtet, dass die 4. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung bereits beschlossen und veröffentlicht wurde.

Er erläutert die wesentlichen inhaltlichen Neuerungen im Zuge der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung. Die finale Fassung der Verordnung sowie der rechtlichen Begründungen, die diese Inhalte widerspiegeln, werden dem Protokoll beigelegt.

→ siehe Anhang 5: Finaler Entwurf 4. COVID-19-SchuMaV

→ siehe Anhang 6: Finale Rechtliche Begründung 4. COVID-19-SchuMaV

Der Vertreter aus Wien nimmt Bezug darauf, dass im an die Kommission versandten Entwurf die Gültigkeit der Tests bei körpernahen Dienstleistungen mit 24 h für Antigen- und 48 h für PCR-Tests angeführt war. Wien hat sich im Zuge der Stellungnahme dafür ausgesprochen, aufgrund der höheren Sensitivität die Gültigkeit bei PCR-Tests auf 72 Stunden auszudehnen. Man hat nun vernommen, dass die Gültigkeit einheitlich mit 48h festgelegt werden soll und hinterfragt die diesbezügliche Begründung.

D'Orlando bestätigt, dass die Gültigkeit der Testergebnisse als Ergebnis des politischen Diskurses vereinheitlicht wurde. Er rezitiert aus dem Verordnungstext, wonach Selbsttests als Nachweis hier nicht gültig sind. Benka (BMSGPK) bestätigt die höhere Sensitivität von PCR-Tests. Die Vereinheitlichung der Gültigkeit scheint primär der Praktikabilität der Überprüfung von Testnachweisen in der Praxis geschuldet. Der Vertreter aus Wien ersucht, dies in der rechtlichen Begründung darzulegen. Schmid (AGES) pflichtet bei, dass sich die einheitliche Frist infektionsepidemiologisch nicht begründen lässt.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien führt D'Orlando aus, dass ein Nachweis über das Testergebnis vorgeschrieben ist. Form, Inhalt und Testmethode könnten per Verordnung festgelegt werden, was bis jetzt nicht der Fall ist. Es gilt daher jeder Nachweis einer befugten Stelle als gültiger Testnachweis. Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien führt D'Orlando aus, dass aktuell noch keine Spezifikation von befugten Stellen erfolgt ist. Sobald seitens des BMSGPK eine Klarstellung erfolgt ist, wird entsprechend informiert. Auf Nachfrage von Herzog bestätigt der Vertreter aus Wien, dass man Apotheken als befugte Stellen sehen würde. Man plädiert jedenfalls dafür, Verordnungen und deren Begründungen so zu verfassen, dass sie eindeutig sind.

Der Vertreter aus Wien betont, dass das Thema der Gültigkeitsfrist von PCR-Tests für Wien größere Wichtigkeit hat. Medial wird kolportiert, dass jede Art von Tests akzeptiert wird. Allerberger stellt richtig, dass der vordere Nasenabstrich ein approbierter Test ist. Der Vertreter aus Wien berichtet von einem Bericht in der ZIB 2, wonach der vordere Nasenabstrich genauso valide ist, wie der bisher zur Anwendung gekommene tiefe Nasenabstrich. Dies wird von Allerberger auf Basis der aktuellen Evidenz bestätigt.

Der Vertreter aus Wien verweist auf eine Publikation auf der Website der AGES, in der die Sensitivität der Tests mit vorderem Nasenabstrich bei asymptomatischen Personen deutlich geringer angegeben wird, als von Allerberger in der heutigen Sitzung berichtet. Er stellt richtig, dass die Stadt Wien diese Studie nicht gemeinsam mit Allerberger/AGES durchgeführt hat. Allerberger berichtet, dass hier ein eingereichtes Vor-Manuskript online gestellt wurde. Dieses war nicht zur Publikation bestimmt. Er verweist darauf, dass in dieser Erhebung Personen einer Teststraße in Wien erfasst wurden, die per Definition allesamt asymptomatisch sind. Lediglich bei einer Untergruppe mit noch strikterer Definition war die Sensitivität der Tests geringer, diese Daten können aber nicht auf das gesamte Sample asymptomatischer Personen umgelegt werden.

Der Vertreter aus Wien hält nochmals fest, dass es sich um keine Studie der Stadt Wien gemeinsam mit Allerberger/AGES handelt. Er ergänzt, dass die genannte Publikation auf den Webseiten der AGES abrufbar ist.

Allerberger berichtet, dass hier ohne Absprache mit den Studienautoren den Medien eine eingereichte Publikation zugespielt wurde. Als Reaktion darauf hat die AGES die deutsche Zusammenfassung auf ihre Website gestellt.

Herzog ersucht um bilaterale Klärung der Situationen, um sich nun den eigentlichen Inhalten der heutigen Sitzung zuzuwenden. Er betont, dass keinem der Anwesenden und insbesondere nicht der Stadt Wien illegitimes Vorgehen vorgeworfen wurde.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien, welche Empfehlungen nun konkret im Rahmen von Testungen gemacht werden, führt Benka aus, dass es hier noch Diskussionen gibt. Die antero-nasale Abstrichnahme war primär für Schulen vorgesehen. Mit der Ermöglichung der Schultests wurden diese Tests auch zur Eigenanwendung zugelassen. Als Testnachweis (für Zutritte o.Ä.) haben diese Testergebnisse aber keine Gültigkeit, selbst wenn sie in Teststraßen bzw. vor oder durch Gesundheitspersonal durchgeführt werden.

Herzog fasst zusammen, dass die Ergebnisse von Selbstanwendungstests derzeit nicht als Testnachweise gültig sind.

Schmid bringt zur Kenntnis, dass der Nasenvorhof-Test durch die AGES klinisch validiert werden soll. Das Studienprotokoll ist bei der Ethikkommission eingereicht. Die Erhebung erfolgt an ausgewählten Teststraßen in Niederösterreich mit einer Stichprobengröße von zumindest 1.000 Personen.

Der Vertreter aus Wien merkt an, dass es rechtlich problematisch sein könnte, weiterhin tiefe Nasenabstriche zu verwenden, wenn diese ggf. nicht mehr sachlich gerechtfertigt sind.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von einem erwarteten sehr hohen Andrang an den Teststraßen ab der nächsten Woche. Der Einsatz von Nasenvorhof-Abstrichen würde die Abläufe deutlich effizienter gestalten. Man erwartet sich eine klare Aussage darüber, ob die Anwendung von Nasenvorhof-Abstrichen an den Teststraßen zulässig ist, da man die Teststrategien entsprechend adaptieren müsste.

Reich (BMSGPK) berichtet, dass gemäß Auslegung des BMSGPK bei Testungen in Teststraßen, wo offizielle Testnachweise erstellt werden, Nasenvorhof-Abstriche nicht zulässig sind. Man möchte hier den Goldstandard anbieten, zumal eine EMS-Anbindung gegeben ist. Selbsttests werden als Vortests betrachtet, die im Falle positiver Ergebnisse eine behördliche Nachtestung nach sich ziehen.

Der Vertreter aus Wien verweist nochmals auf die gestrige ZIB 2 und berichtet, dass MitarbeiterInnen nunmehr das Anbieten von Nasenvorhof-Abstrichen fordern. Er sieht es als Aufgabe der obersten Gesundheitsbehörde, eine etwaige entstandene Unklarheit so rasch als möglich zu beseitigen.

Reich ergänzt, dass es hier bereits Rücksprache mit Stadtrat Hacker gab und dass seitens des BMSGPK bereits an einer entsprechenden, unmissverständlichen Information gearbeitet wird.

Der Vertreter aus Oberösterreich ersucht darum, die Umsetzbarkeit in der Praxis im Zuge des Erlasses neuer Verordnungen stets abzuwägen und zu berücksichtigen.

Reich berichtet, dass man sich der Herausforderungen der nächsten Tage in dieser Hinsicht bewusst ist und intensive Arbeiten laufen. In Kürze wird die Ausgabe von Tests durch Apotheken möglich sein. Zudem ist in Kürze auch die Beschaffung von Tests durch Betriebe möglich.

Der Vertreter aus Oberösterreich fragt nochmals nach, ob demzufolge überall Gesundheitspersonal zum Abstreichen notwendig sein wird. Wenn Nasenvorhof-Abstriche auf Teststraßen nicht zugelassen sind, sollen sie auch sonst – außerhalb der Schule – nicht zur Anwendung kommen. Er ersucht um Klarstellung, dass diese Tests außerhalb des Schulsettings nicht zulässig sind und gibt zu bedenken, dass dies in der Bevölkerung ein gewisses Unverständnis auslösen wird.

Herzog sagt zu, dass klargestellt werden muss, welche Tests in Teststraßen zugelassen sind und welche Stellen Testnachweise ausstellen dürfen.

Der Vertreter aus Wien betont, dass primäres Anliegen von Wien eine längere Gültigkeitsdauer von PCR-Tests ist.

3. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Herzog berichtet von der dritten Sitzung der Sub-Arbeitsgruppe. Es besteht Konsens, das Risiko künftig auf Ebene der Bundesländer zu bewerten. Verbreitungs- und Systemrisiko sollen getrennt voneinander betrachtet werden. Das Verbreitungsrisiko soll anhand der risikoadjustierten Inzidenz beurteilt werden, die Trend, Quellentypisierung und Anteil asymptomatischer Personen berücksichtigt. Es wurden mehrere Varianten entwickelt, vorgeschlagen wird Variante 4. Vorteil der neuen Risikoadjustierung ist jedenfalls ein etwas stärkerer präventiver Charakter („Frühwarneffekt“). Die Schwellenwerte bleiben unverändert.

Das Systemrisiko soll auf Basis des ICU-Belags, risikoadjustiert um das Maximum der ICU-Prognose, betrachtet werden. Diese Daten haben sich in der Vergangenheit als sehr treffsicher erwiesen. Ein etwaiger Anpassungsbedarf der baseline-Bewertung, wie für Vorarlberg bereits diskutiert, soll mit der GÖG bilateral geklärt werden.

Das Manual und (bei Bedarf) die Geschäftsordnung der Kommission sollen in Kürze an die neuen Kriterien angepasst werden.

→ *siehe Anhang 7: Risikoadjustierung v5*

Schmid berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation. Die 7-Tages-Inzidenz liegt nun bei rund 108 /100.000 und hat ein Plateau erreicht. Die Gesamtfallzahl ist nach einem deutlichen Rückgang in den ersten Kalenderwochen nunmehr relativ stabil. Hinsichtlich der Clustersettings nimmt der weiterhin hohe Anteil der Fälle in den Alten- und Pflegeheimen tendenziell geringfügig ab. Das Setting Arbeit nimmt anteilmäßig zu. Der Altersdurchschnitt ist leicht gesunken. R_{eff} ist über die letzten 4-5 Tage annähernd gleichbleibend und liegt am 2.2. bei 0,95.

- *siehe Anhang 8: Ampel_slides_2021-02-04*
- *siehe Anhang 9: APH_2021-02-04*
- *siehe Anhang 10: ue65_cluster_2021-02-04*

Schmid setzt mit Ausführungen zum Auftreten der Virusmutation(en) fort. Für das Burgenland liegen der AGES repräsentative Daten vor. Alle in der Screening-PCR positiv getesteten Proben werden hier der Sequenzierung zugeführt. Künftig soll die Surveillance dahingehend intensiviert werden, dass bereits Verdachtsfälle in den Labors den Varianten zugeordnet werden können. Im Burgenland zeigt sich auf Basis der vorliegenden Daten ein mäßig steigender Trend über die vergangenen drei Kalenderwochen.

Aus Salzburg wird ein beträchtlicher Anstieg der Varianten gemeldet, wobei die UK-Variante dominiert. Die Verteilung der bereits sequenzierten Proben aus Tirol zeigt einen großen Anteil der südafrikanischen Variante in diesem Bundesland, wobei der Datenstand noch nicht komplett ist. Für Wien fehlen in der Übersicht der AGES noch die gescreenteten Proben der Teststraßen. Auf Basis der vorliegenden Daten dominiert hier die britische Variante. Die gezeigte Auswertung wird periodisch an alle LändervertreterInnen verschickt.

Der Vertreter aus Tirol kündigt die Übermittlung weiterer Daten an die AGES an. Rund 90 % der täglichen Proben werden derzeit durch ein Labor analysiert. Ab dem Auftreten der ersten Cluster

wurden alle positiven Proben seit Jänner retrospektiv analysiert. Es wird zwischen Verdachtsfällen und bestätigten Fällen unterschieden, wobei Verdachtsfälle binnen 48-72 Stunden detektiert werden können. Sobald ein Verdachtsfall auftritt, wird er bis zur Klärung wie ein bestätigter Fall behandelt. Es werden in diesen Fällen auch K2-Kontaktpersonen getestet. Gemessen an der Gesamtzahl der Positiven nimmt die südafrikanische Variante 6-7 % und die britische Variante knapp unter 10% ein. Seitens der Bezirkshauptmannschaften wird berichtet, dass zwar kein schwererer Krankheitsverlauf zu vermelden ist, dass Quarantänen aber überdurchschnittlich häufig verlängert werden müssen (niedriger CT-Wert). Es besteht zudem der Verdacht, dass sich die präsymptomatisch ansteckende Phase auf rund 4 Tage verlängert. Ggf. ist es daher erforderlich, die Definition der Kontaktpersonen zu überarbeiten. Benka führt dazu aus, dass die Regelungen in der Kontaktpersonennachverfolgung für Mutanten überarbeitet wurden. Tirol testet alle Betroffenen nach 10 Tagen vor der Entlassung aus der Quarantäne nochmals, ggf. muss diese Vorgehensweise generell überdacht werden.

Der Vertreter aus Wien fragt hinsichtlich der für Wien gezeigten Daten die Farbcodierung. Schmid führt aus, dass in rot und blau dargestellte Verdachtsfälle durch Vollsequenzierung bestätigt wurden. Grüne Fälle stellen noch nicht sequenzierte Verdachtsfälle dar. Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien bestätigt Schmid, dass künftig PCR-Marker eingesetzt werden sollen, um Verdachtsfälle rascher zu detektieren.

Glötzl (Land Wien) präsentiert aktuelle Daten und ein Szenariomodell zur Mutation N501Y. Auf Basis der Wiener Daten wurde eine um rund 40% höhere Infektiosität bei einem seriellen Intervall von 4 Tagen beobachtet. Der Anteil der Mutante(n) beträgt derzeit 34 %. Die Simulation zeigt, dass auch bei gleichbleibendem Maßmanniveau von einem starken Anstieg der Inzidenz auszugehen ist. Etwaige Lockerungsschritte ab 8.2. könnten binnen eines Monats zu einer Situation vergleichbar mit jener Ende November führen.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet Ergebnisse von Screenings im stationären Bereich in seinem Bundesland. Entgegen des Trends in anderen Bundesländern liegt der Anteil hier bei rund 5 % und ist über die letzten Wochen relativ konstant geblieben.

Ostermann bedankt sich bei Glötzl für die sehr informative Darstellung. Die Simulation zeigt aus seiner Sicht deutlich, dass die aktuelle Situation trügerisch sein kann. Selbst bei einem steigenden Anteil der neuen Mutante(n) kann zunächst ein rückläufiger Trend bei der Inzidenz eintreten. Gemeinsam mit Öffnungsschritten kann deren stetige Zunahme aber rasch zu einer kritischen Situation führen. Der heutige Beitrag aus Irland kann dazu beitragen, eine Perspektive für den Umgang mit der zu erwartenden Situation zu entwickeln. Es gilt den Eintritt der modellierten Szenarien zu vermeiden.

Der Vertreter aus Wien weist darauf hin, dass man sich bereits intensiv auf den sich in den modellierten Szenarien abzeichnenden Peak an Infektionen vorbereitet. Entscheidend ist die Frage, ab welchem Zeitpunkt etwaige eindämmende Maßnahmen gesetzt werden und in welchem Ausmaß. Dies bestätigt Ostermann.

Bachner referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Auch im Prognose-Konsortium war die Situation rund um die Virusmutante(n) ein dominierender Faktor, obschon deren Einfluss in der Prognose-Periode von 8 Tagen noch gering ist. Für die neue Prognose wird von durchschnittlich rund 1.500 Fällen/Tag ausgegangen. Bundeslandspezifisch zeigen sich damit leicht höhere Fallzahlen als in der letzten Woche. Der ICU-Belag wird sich vorerst weiter verringern und am 16.2. rund 13 % erreichen, wobei einzelne Bundesländer bereits die Marke von 10% unterschritten haben.

→ siehe Anhang 11: TOP 4 Prognose

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs.

Bachner führt aus, dass das Arbeitsdokument zwar in bewährter Manier aufgebaut, aber bereits um die neuen Vorschläge für die Risikoadjustierung ergänzt wurde. Die Konsensvariante der Sub-Arbeitsgruppe ist dabei Variante 4, die in Bezug auf asymptomatische Fälle einen Aufschlag von 1,5 und einen Abschlag von 0,85 zulässt und den Trend mit +/- 50 % berücksichtigt.

Im Burgenland zeigt sich eine rohe Inzidenz von 92,7/100.000 bei leicht sinkendem Trend. Die Inzidenz liegt auch risikoadjustiert unter der Schwelle von 100. Die Entwicklung der Bezirke ist sehr heterogen. Die Bezirke Jennersdorf und Oberwart zeigen einen steigenden Trend, in anderen Bezirken geht der Trend hingegen zurück. In der letzten Woche war das Burgenland Spitzenreiter bei den Testzahlen.

Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet, dass der Bezirk Jennersdorf die deutlich ungünstigste Entwicklung aufzeigt. Generell ist die Situation im Südburgenland eher kritisch und es wäre wohl falsch, durch eine etwaige Umstufung die Bevölkerung in falscher Sicherheit zu wiegen.

Die rohe Inzidenz in Kärnten liegt mit 130,4/100.000 deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos. Auch risikoadjustiert ändert sich diese Situation nicht. In mehreren Bezirken zeigt sich ein steigender Trend, insgesamt ist der Trend mit -4 % nur mehr gering sinkend.

Der Vertreter aus Kärnten berichtet von einer durchaus besorgniserregenden Entwicklung, insbesondere in den Zentralräumen. Die Compliance beim Contact-Tracing nimmt deutlich ab und es entsteht der Eindruck, dass der Lockdown immer weniger greift.

Schmid ersucht um bilaterale Abstimmung hinsichtlich des Aufbaus des Surveillance-Systems, was vom Vertreter aus Kärnten zugesagt wird.

Auch in Niederösterreich liegt die rohe Inzidenz mit 94,6/100.000 unter der Schwelle von 100. Dasselbe gilt für den risikoadjustierten Wert. Auch hier ist die Situation aber durchwachsen und es zeigen sich deutliche Zuwächse der Inzidenz in einigen Bezirken, wobei der Anteil der Bezirke mit sinkendem Trend überwiegt. Gemäß Verweildauerregel verbleibt das Bundesland im Bereich des sehr hohen Risikos.

Auf Nachfrage der Vertreterin aus Niederösterreich berichtet Herzog, dass über die neue Risikoadjustierung im Zuge der Vorlage des geänderten Manuals entschieden werden soll. Die entsprechenden Daten werden aber bereits mitgeführt.

Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet, dass die Vortestung in ihrem Bundesland durch das Labor Novogenia erfolgt und dann in weiterer Folge die Proben der AGES zur Sequenzierung zugeführt werden sollen. Es kommt hier aber noch zu einem Rückstau.

Schmid führt aus, dass die AGES in enger Zusammenarbeit mit der MedUni Wien die Sequenzierungen vornimmt. Der aktuell erscheinende Rückstau entspricht der Dauer, die eine Ganzgenomsequenzierung in Anspruch nimmt (idR 7-8 Tage). Davor sollten Vorbefunde durch die Labors erfasst und ins EMS eingepflegt oder ersatzweise der AGES übermittelt werden.

Die Entwicklung in Oberösterreich war mit einem Rückgang von 10 % weiterhin positiv und die rohe Inzidenz liegt mit 84,5/100.000 deutlich unter der Schwelle von 100. Auch gemäß Risikoadjustierung ist diese Schwelle unterschritten, wobei man gemäß Verweildauerregel noch im Bereich des sehr hohen Risikos verbleibt. Zwei Bezirke zeigten einen steigenden Trend, sonst war die Entwicklung überall fallend oder stabil.

Der Vertreter aus Oberösterreich bestätigt die positive Entwicklung, verweist aber auf einen respektvollen Ausblick auf die nächsten Wochen. Die beiden auffälligen Bezirke werden verstärkten Kontrollen unterzogen. Es gibt nur mehr sehr wenige Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen und es wurden hier schon über 9.500 von 11.000 BewohnerInnen geimpft. Der ICU-Belag sowie der Belag auf den Normalstationen sind vergleichsweise gering.

Nach wie vor liegt Salzburg mit einer rohen Inzidenz von 173,7/100.000 deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Die Risikoadjustierung nimmt darauf keinen wesentlichen Einfluss. Der Trend war in allen Bezirken durchwegs stabil oder fallend. Die Bewertung ergibt eindeutig ein sehr hohes Risiko.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet von zahlreichen Familienclustern im Lungau. Auch im Bereich Kindergärten sind mehrere Cluster aufgetreten. Es werden relativ viele Vorscreenings durchgeführt, die ab Montag auch auf die Deletion 6970 erweitert werden sollen. Wesentlich ist eine zeitnahe Information der Bezirksbehörden über Verdachtsfälle, die entsprechend des aktualisierten Kontaktpersonenmanagements behandelt werden. In einem Pflegeheim wurde die Mutante S477N detektiert, dies soll weiter beobachtet werden. Der Verdacht auf das Auftreten der südafrikanischen Variante im Bundesland hat sich nicht bestätigt.

Entgegen dem Bundestrend hat sich die Inzidenz in der Steiermark um rund 7 % auf 117,1/100.000 erhöht. Auch risikoadjustiert liegt die Inzidenz deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos. Mehr als die Hälfte der Bezirke weist einen mehr oder weniger deutlich steigenden Trend auf. Mehrere dieser Bezirke grenzen ans Südburgenland, ggf. gibt es Zusammenhänge zum dort festgestellten Auftreten der britischen Mutante. Die Steiermark ist mit sehr hohem Risiko zu bewerten.

Der Vertreter aus der Steiermark betont, dass nun bereits mehr als 50% der Fälle hinsichtlich der Quelle abgeklärt werden konnten. Der beobachtete Anstieg der Infektionen kann ggf. durch das Wiederaufnehmen der durchgängigen Testung von K1-Kontaktpersonen erklärt werden. In der Südoststeiermark konnten erst in 6 Fällen Mutanten nachgewiesen werden. Es liegen hier aber intensive Pendlerbewegungen ins und aus dem Südburgenland vor. Es wird von einem großen Ausbruch im KH Feldbach berichtet. Auf Nachfrage von Schmid führt der Vertreter aus der Steiermark aus, dass sich die Surveillance nach Virusmutationen im Aufbau befindet.

Tirol verzeichnet eine rohe Inzidenz von 98,1/100.000 bei einem nur mehr leicht rückläufigen Trend. Risikoadjustiert liegt die Inzidenz über dem Schwellenwert von 100. Die Situation in den Bezirken ist heterogen.

Es ist zum Zeitpunkt der Diskussion kein Vertreter aus Tirol anwesend.

In Vorarlberg liegt die rohe Inzidenz bei 105,8/100.000 und damit noch über 100. Die risikoadjustierte Inzidenz liegt knapp über dem Schwellenwert für sehr hohes Risiko. Das Testgeschehen im Bundesland ist vergleichsweise hoch. Es wird darauf hingewiesen, dass für die Risikoadjustierung in Bezug auf den Anteil asymptomatischer Fälle aufgrund einer nicht plausiblen Meldung für Vorarlberg der Bundesdurchschnitt herangezogen und ausgewiesen wird. Der Vertreter aus Vorarlberg stimmt dieser Vorgehensweise zu.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet, dass in seinem Bundesland exzessiv im niedergelassenen Bereich getestet wird. Ggf. lässt sich der geringe Anteil asymptomatischer Personen dadurch erklären. Das Vorscreening nach Virusvarianten ist seit heute möglich.

Schmid repliziert, dass aufgrund der notwendigen Kontaktpersonennachverfolgung und -testung die Testung im niedergelassenen Bereich eher keine Erklärung für den geringen Anteil asymptomatischer Personen sein kann. Der konkrete Grund für die unplausiblen Daten soll bilateral geklärt werden.

Wien hat bei einem stabilen Trend die positive Entwicklung der letzten Wochen bestätigt. Die rohe Inzidenz liegt bei 96,4/100.000 und damit nach wie vor unter der Schwelle von 100. Auch in der Risikoadjustierung bestätigt sich bereits mehrere Wochen der Bereich des hohen Risikos.

Der Vertreter aus Wien bestätigt die Ausführungen und weist darauf hin, dass in den Alten- und Pflegeheimen und Sozialeinrichtungen rückläufige Trends verzeichnet wurden. Die Abklärungsquote liegt bei über 70%. Es wurde in Bezug auf Mutationen ein Surveillance-System etabliert, das annähernd Echtzeiten liefert. Anhand der Schnupfenboxen wurde analysiert, dass die Positivitätsrate der dort eigentlich symptomatischen Fälle jener des gesamten Bundeslandes entspricht.

Österreich liegt mit einer Inzidenz von 104/100.000 noch über dem Schwellenwert von 100. Vor dem Hintergrund der heutigen Ausführungen, insbesondere zu neuen Virusmutanten, scheint hier die Einstufung mit sehr hohem Risiko nach wie vor gerechtfertigt.

Bachner referiert die Schlussfolgerungen des Kurzberichtes zur Maßnahmenbewertung. In der Vorwoche wurde der erste Influenza-Fall im Sentinelsystem detektiert. Die Schlussfolgerungen wurden aktualisiert und spiegeln die aktuellen Entwicklungen wider.

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass die Verdoppelungszeit bei der britischen Mutante gemäß eigenen Beobachtungen derzeit bei 11 Tagen liegt. Der Kurzbericht wird hier auf „ein bis zwei Wochen“ korrigiert.

Heinz (MUW) weist darauf hin, dass bei der südafrikanischen Variante die impfinduzierte Immunität ggf. ebenfalls geringer ist. Der diesbezügliche Passus scheint aber adäquat.

Der Kurzbericht soll wie beim letzten Mal wieder auf der Website der Corona-Ampel publiziert werden.

➔ *siehe Anhang 12: Kurzbericht Maßnahmenbewertung 2021_02_04*

Der TOP wird zugunsten der Präsentation des Trinity College Dublin unterbrochen (siehe TOP 4).

Herzog zeigt eine Bundesland-Übersicht mit den neuen Bewertungskriterien. Neben den Indikatoren für Verbreitungs- und Systemrisiko sind auch die rohe Inzidenz sowie darüber hinaus qualitative Indikatoren angeführt (absolute Testzahlen, R_{eff} und dessen Differenz zur Vorwoche, Daten zum Screening und zur Verbreitung von neuen Varianten, Verweildauer in einer Risikostufe). Anhand dieser Übersicht soll künftig die Diskussion geführt sowie die Einstufung vorgenommen und textlich begründet werden.

Vorgeschlagen wird darüber hinaus, anstelle einer textlichen Beschreibung der Inzidenzen auf Bezirksebene diese analog des Lageberichtes der AGES künftig grafisch (Österreichkarte) aufzubereiten.

Herzog führt aus, dass in den letzten Wochen nur auf Österreichebene vorgegangen wurde. Die zur Verfügung stehenden Daten sind adäquat aufbereitet, um nunmehr auch auf Bundeslandebene vorgehen zu können. Da es noch keinen formalen Beschluss über das neue Manual gibt, ersucht er um Rückmeldung, ob die Vorgehensweise analog der letzten Wochen belassen oder bereits das neue Vorgehen gewählt werden soll.

Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) appelliert dafür, die neuen Kriterien zunächst zu beschließen und publik zu machen und erst danach zur Anwendung zu bringen.

Der Vertreter aus Wien berichtet von einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema. Wien kann die neue Aufbereitung akzeptieren, in der auch die Darstellung der Berücksichtigung der neuen Varianten gut gelungen ist. Wien plädiert dafür, die neue Vorgehensweise bereits heute zur Anwendung zu bringen.

Siebenhofer-Kroitzsch betont nochmals, dass vorab die neue Vorgehensweise formal beschlossen werden soll. Die Anpassung des Manuals sollte angekündigt werden.

Der Vertreter aus Wien merkt an, dass Wien unabhängig von der Anwendung der alten und neuen Vorgehensweise mit hohem Risiko zu bewerten wäre und daher der diesbezügliche Antrag gestellt wird.

Die Vertreterin aus Niederösterreich schließt sich dem Vorschlag von Siebenhofer-Kroitzsch zum Beschluss der neuen Vorgehensweise an.

Herzog hält fest, dass künftig der Stand der Daten am Mittwochabend, der auch ausgesandt wird, den Beratungen zugrunde gelegt werden soll. Er sagt zu, die heute gezeigte ppt-Präsentation zur Erläuterung der neuen Vorgehensweise bei der Risikoadjustierung zu veröffentlichen und die Anpassung des Manuals anzukündigen.

Anwendung der neuen Vorgehensweise zur Risikoadjustierung gemäß der heute präsentierten ppt-Präsentation

Stimmhaltung: Steiermark

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

Bezüglich des von Wien eingebrachten Antrages zur Abstimmung auf Bundeslandebene merkt das BKA an, dass gerade aufgrund der Unsicherheiten in Zusammenhang mit den Virusmutationen eine Abstimmung auf Ebene Österreichs erfolgen sollte, um keine falschen Signale an die Bevölkerung auszusenden. Das BMI schließt sich dieser Ansicht an.

Der Vertreter aus Wien verweist auf die bereits beschlossenen Lockerungen sowie auf diesbezügliche Verhandlungen auf politischer Ebene. Er betont, dass Wien als eines der ersten Bundesländer das geforderte Surveillance-System für neue Mutanten eingerichtet hat. Er ersucht, diese Punkte zu berücksichtigen.

Die Vertreterin des BKA anerkennt schriftlich die Leistungen der Stadt Wien. Hier wurde gute Arbeit in der letzten Zeit geleistet. In Hinblick auf die Mutationen und deren unklare Verbreitung in Österreich und die höhere Infektiosität sollte man gemäß BKA aber zumindest in der laufenden Woche noch sehr kritisch sein.

Der Vertreter aus Vorarlberg kann sich dem Argument nicht anschließen, dass sich die Bevölkerung anders verhält, weil ein Bundesland mit hohem Risiko eingestuft wurde. Er sieht keinen unmittelbaren Zusammenhang.

Herzog verweist auf die Beurteilung der Situation für Österreich, die ergänzend zu jener auf Bundeslandebene vorgenommen werden soll. Hier soll insbesondere auf die Problematik der Virusmutation(en) vor dem Hintergrund geplanter Lockerungen eingegangen und die Option verschärfter Maßnahmen auf Bezirks- bzw. Landesebene hervorgehoben werden.

Antrag Stadt Wien

Differenzierte Abstimmung auf Ebene der Bundesländer

Stimmhaltung: Steiermark, BMI, BKA, Oberösterreich, Niederösterreich

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Stimmhaltung: Steiermark

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

Bundesland: Wien

Risikostufe: hohes Risiko

Stimmhaltung: Steiermark, BMI, BKA, Niederösterreich, Oberösterreich, BMBWF

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

Staatsgebiet Österreich

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmhaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Hier wird festgehalten, dass das Risiko auf Bundesebene mit Ausnahme des Bundeslandes Wien mit sehr hohem Risiko bewertet wird. Es werden nach wie vor jene Bezirke und Regionen, die in der rohen Inzidenz unter 100/100.000 liegen, angeführt. Es wird noch eine Ergänzung hinsichtlich der neuen Bewertungskriterien vorgenommen.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschober noch heute an die APA und anschließend an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt.

➔ siehe Anhang 13: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_27012021_APA

Die gezeigte Unterlage zum Verbreitungs- und Systemrisiko sowie den qualitativen Indikatoren auf Bundeslandebene inkl. textlicher Ausführungen wird gemeinsam in der Sitzung abgestimmt und soll ebenfalls auf der Website der Kommission veröffentlicht werden. Sie wird auch an die Landeshauptleute übermittelt.

➔ *siehe Anhang 14: Empfehlung der Corona-Kommission 24. Sitzung_04022021*

Der Vertreter aus Wien gibt zu Protokoll, dass ein bundesweites populationsbezogenes repräsentatives Surveillance-System notwendig wäre.

Bachner führt aus, dass ab dem morgigen Tag im Datenfile lediglich die neue Variante der Risikoadjustierung veröffentlicht wird.

4. Berichte

Ergebnis der Anhörungen zur 4. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung und zur 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung

wurde unter TOP 2 behandelt

Bericht „Irish experience with VOC“ (Trinity College Dublin)

Sara Burke und Steve Thomas vom Trinity College Dublin berichten von der Entwicklung der Pandemie in Irland. Es zeigen sich Ähnlichkeiten zur Entwicklung in Österreich, wobei sich Irland aktuell bereits in der 3. Welle befindet. Der derzeitige sehr strikte Lockdown zeigt erste Wirkung, wobei die dritte Welle in Irland wesentlich heftiger ausgefallen ist als jene davor. Problematisch ist aktuell insbesondere die Situation in Alters- und Pflegeheimen. Des Weiteren wurden signifikant viele Fälle unter dem Gesundheitspersonal beobachtet.

Wesentliches Resümee der Situation der letzten zwei Monate ist, dass die Lockerungsschritte im Dezember wohl zu früh und zu umfangreich gesetzt wurden. Es wird aktuell diskutiert, ob Schutzmaßnahmen die Elimination und nicht nur eine Reduktion der Fallzahlen zum Ziel haben sollen.

Auf Nachfrage von Benka berichtet Burke, dass in Irland im Gesundheitsbereich bislang primär PCR-Tests eingesetzt wurden.

Auf Nachfrage von Schmid erläutert Thomas, dass gegen Weihnachten die Maßnahmen in Irland gelockert wurden und dabei wohl die Auswirkungen der britischen Mutation unterschätzt wurden.

Auf Nachfrage von Allerberger führt Burke aus, dass eine gänzliche Elimination wohl nicht realistisch ist. Eine so genannte „Zero-COVID-Strategie“ scheint aber durchaus erstrebenswert, um das Gesundheitssystem nicht zu überlasten. Man hält es nicht für möglich, die strikten Maßnahmen aufrecht zu halten, bis die Durchimpfung der Bevölkerung erreicht ist. Eine Öffnung wird aber sehr langsam und vorsichtig erfolgen (müssen).

Die mittelfristige Perspektive schätzt Thomas auf Nachfrage von Ostermann dahingehend ein, dass wohl bis zum Sommer Einschränkungen gesetzt werden müssen. In Bezug auf Reisen wird es wohl bis zum Ende des Sommers Einschränkungen geben.

➔ *siehe Anhang 15: Trinity College Dublin 04022021*

5. Weitere Vorgehensweise

- 25. Sitzung mit Empfehlung: 11.02.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

28. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 04.03.2021, 14:00-18:20

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 28. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 04032021_Anwesenheitsliste_28. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen alle stimmberechtigten Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 27. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 27. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Seitens des BMA gibt es eine Ergänzung zu einer vom BMA und dem Land Wien auf Seite 8 des Protokolls korrigierten Passage, die eine Erläuterung zur Zuständigkeit der Arbeitsinspektion darstellt. Es wird vorgeschlagen, diese aufgrund des Umfangs als nachträgliche Anlage zum Protokoll der 27. Sitzung beizulegen, was seitens des BMA und des Landes Wien als akzeptable Lösung erachtet wird.

Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 25022021_Corona Kommission_27. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

→ Siehe Anhang 3: Anhang 11_Ergänzende_Anmerkung_BMA_Protokoll_27. Sitzung_S. 8

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Herzog führt aus, dass der vorab übermittelte Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich heute besprochen und abgenommen und anschließend veröffentlicht werden soll. Die Szenariendarstellung auf Seite 16 soll in der veröffentlichten Version allerdings entfernt werden.

D'Orlando (BMSGPK) berichtet zur heute zur Begutachtung ausgeschickten 3. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung. Wesentliche Neuerung ist die Anpassung der Gültigkeitsdauer von Antigentests auf nun einheitlich 48 Stunden und für PCR-Tests auf nun 72 Stunden. Darüber hinaus sind hier avisierte Änderungen bei Besuchsregelungen im Bereich Krankenanstalten und Pflegeheime umgesetzt.

Das Land Wien bedankt sich für die Verlängerung der Gültigkeitsdauer von PCR-Tests auf 72 Stunden.

Über eingegangene Rückmeldungen zur Novelle wird im Zuge der nächsten Sitzung informiert.

Der Begutachtungsentwurf zum Epidemiegesetz und COVID-19-Maßnahmengesetz wurde gestern ausgeschickt. Aufgrund des Umfangs kann nicht im Detail über die Inhalte berichtet werden.

Änderungen soll es insbesondere im Bereich Veranstaltungen, Strafbestimmungen, in Bezug auf das Betreten von Alten-/Pflegeheimen bzw. Ausgangsregelungen geben.

3. Situationsbericht Schweden inkl. Diskussion (Anders Tegnell)

Anders Tegnell von der Public Health Agency of Sweden berichtet zur aktuellen Situation in Schweden, zu den eigenen *lessons learnt* sowie zu Plänen für die nächste Zeit.

Österreich und Schweden sind in Hinblick auf die Ausgangssituation vergleichbar. Während Schweden zu Beginn der Pandemie sehr erfolgreich im Bereich Kontaktpersonenmanagement und Containment war, wurde im Zeitverlauf eine deutliche Übersterblichkeit verzeichnet. Insbesondere im Bereich der Alten- und Pflegeheime war die Mortalitätsrate hoch. Als positiv wird vermerkt, dass stets rd. 20% freie Kapazitäten in Intensivstationen verfügbar waren. Die Impfkampagne ist auch in Schweden angelaufen, die aktuelle Durchimpfungsrate beträgt 6,6%.

Es wird betont, dass in Schweden u.A. die Gastronomie stets geöffnet war und dass Maßnahmen zu einem höheren Grad in der Eigenverantwortung der Menschen auf freiwilliger Basis befolgt wurden. Dies war unter Anderem auch fehlenden rechtlichen Grundlagen geschuldet. Verpflichtende Maßnahmen betrafen primär Besuche in Pflegeheimen, Distance-Learning für Sekundarstufen von Schulen und Universitäten, Versammlungsbeschränkungen sowie Reisebeschränkungen. Darüber hinaus wurden (strenge) Empfehlungen zu vielen Bereichen des öffentlichen und sozialen Lebens ausgesprochen. Es wird hervorgehoben, dass Volksschulen durchgängig geöffnet waren, lediglich bei akuten Ausbrüchen wurden einzelne Schulen tageweise geschlossen. Ein rezent beschlossenes neues Pandemiegesetz ermöglicht fortan weiterführende verpflichtende Maßnahmen und Einschränkungen.

Die Compliance der schwedischen Bevölkerung war und ist vergleichsweise hoch, was u.A. durch Mobilitätsdaten belegt werden kann.

Schmid (AGES) nimmt Bezug auf Lockdown-Phasen für den Schulbereich in Österreich und das aktuelle Maßnahmenpaket in diesem Bereich. Sie fragt nach, ob es in Schweden vergleichbare Maßnahmen bzw. Erfahrungen gibt, was von Tegnell verneint wird. Im Zuge der zunehmenden Ausbreitung der britischen Variante kommt es aber auch hier zu einer Zunahme der Virusverbreitung im Bildungsbereich und man wird wohl striktere Maßnahmen setzen müssen. Bislang wurden lediglich die rezenten Ferien um jeweils eine Woche verlängert.

Der Vertreter aus Vorarlberg verweist auf die medial kolportierte Strategie der Herdenimmunität in Schweden. Tegnell berichtigt, dass es nie das erklärte Ziel war, Herdenimmunität zu erreichen. Man wird nun sehen, welchen Einfluss die Impfung auf die Verbreitung hat. Er betont, dass COVID nicht mit bekannten Infektionen wie der Influenza vergleichbar ist.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) verweist auf eine rezente Publikation im New England Journal zum Bereich Schulöffnungen, die von Tegnell als qualitativ schlecht eingeschätzt wird. Es sind nur wenige Fälle eingeflossen, daher sind aus seiner Sicht hier keine zuverlässigen Interpretationen möglich.

Gartlehner berichtet von zu Beginn der Pandemie mangelnden Personalressourcen im Contact Tracing in Österreich und fragt nach den diesbezüglichen Kapazitäten in Schweden. Diese kann Tegnell ad hoc nicht beziffern, er nennt aber beispielhaft eine schwedische Region, wo die personellen Kapazitäten für das Contact-Tracing verzehnfacht wurden. Auf Nachfrage von Gartlehner ergänzt Tegnell, dass die verwendete Contact-Tracing App auch in Schweden rechtlich Schwierigkeiten aufwirft.

Rabady (KLPU) fragt nach, wie viele Spitalsaufnahmen und ICU-Aufnahmen es während der Pandemie gab und welches Durchschnittsalter die Betroffenen hatten. Tegnell sagt zu, diese Daten nachzuliefern.

Auf Nachfrage von Strauß führt Tegnell aus, dass auch in Schweden ein eigenes Team mit Modellierungen und Hochrechnungen beschäftigt ist. Er betont abschließend, dass die Reduktion von Sozialkontakten sowie insbesondere das Halten von Abstand zu den wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie gehören.

4. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Einfluss auf die Fallzahlen nimmt primär die immer weiter fortschreitende Ausbreitung der britischen Virusmutation, die mit Ausnahme von Vorarlberg in allen Bundesländern bereits die dominante Variante darstellt. Im Burgenland sind fast 90 % der Fälle dieser Variante zuzuschreiben. Die Fallzahlen steigen trotz nunmehr stabil hohem Testgeschehen sukzessiv an, daher kann der Anstieg nicht allein den Testungen zugeschrieben werden.

Die aktuelle Prognose geht von einem durchschnittlichen Fallaufkommen von 2.800 Fällen/Tag aus. Die 7-Tages-Inzidenz wird am Ende des Prognosezeitraumes mit 228/100.000 erwartet. Auch Vorarlberg wird gemäß Prognose die Schwelle von 100/100.000 Fällen wieder überschreiten. Das derzeitige Ost-West-Gefälle lässt sich primär auf den Verbreitungsgrad der Virusvarianten zurückführen. Die Verbreitung der südafrikanischen Variante ist nicht mehr nur auf Tirol beschränkt, es konnten Ausbrüche in mehreren anderen Bundesländern beobachtet werden. Zudem gibt es erste sporadische Verdachtsfälle der brasilianischen Variante.

Die Prognose der letzten Woche hat sich weitgehend bestätigt. Die aktuelle Prognose sagt nicht nur einen kontinuierlichen Anstieg der Fallzahlen in allen Bundesländern, sondern auch ein damit einhergehendes gesteigertes Systemrisiko vorher. Hervorgehoben wird, dass für die Bundesländer Burgenland, Niederösterreich und Wien gemäß Prognose (68% Konfidenzintervall) innerhalb der nächsten 14 Tage die kritische Marke von 33 % der ICU-Kapazitäten überschritten werden könnte. Es wird empfohlen, entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

Die bereits in der letzten Woche gezeigten Szenarien wurden um die rezenten Fallzahlen ergänzt. Es zeichnet sich ab, dass diese dem definierten Worst-Case-Szenario entsprechen bzw. dieses sogar überschreiten. Auf Nachfrage des Vertreters von Wien erklärt Bachner, dass auch der Belag in der Prognose wohl nicht überschätzt, sondern der prognostizierte Wert mittlerweile präzise getroffen wurde. Der Vertreter aus Wien erläutert dazu, dass die eigenen Berechnungen in Wien die bisher beobachtete Verzögerung von 7-10 Tagen bis zum Anstieg der Spitals- bzw. ICU-Aufnahmen nicht mehr widerspiegeln.

Der Vertreter aus Vorarlberg verweist auf den letztwöchigen Bericht, wonach die Impfdynamik in die Modellierung eingeflossen ist. Er verweist darauf, dass bereits der überwiegende Teil der über 85-Jährigen sowie ein Großteil der Hochrisikogruppe geimpft wurde und fragt nach, ob die Dynamik nun nicht eine andere sein müsste als im Herbst. Bachner bestätigt, dass die aktuell prognostizierten Verläufe jenen vom Herbst sehr ähnlich sind. Er führt aus, dass die Verbreitung des Haupttyps mit einem R_{eff} von 1 stagniert, während die Fälle mit den Virusvarianten rasant zunehmen. In Bezug auf die Durchimpfung stellt er richtig, dass die Bevölkerung über 80 Jahren noch nicht vollständig geimpft wurde, sondern nur ein Großteil der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen. Zudem entfällt erfahrungsgemäß ein Großteil der Personen auf ICUs auf die Altersgruppe zwischen 65-75 Jahren, die aktuell vergleichsweise sehr niedrige Durchimpfungsraten aufweist.

Der Vertreter aus Oberösterreich erläutert, dass eigene Berechnungen und Modellierungen zeigen, dass sich die Steigerungen beim Belag in den Spitälern aktuell noch nicht im prognostizierten Ausmaß zeigen. Dies wird auf den Erfolg der Impfungen in Alten- und Pflegeheimen zurückgeführt. Dennoch

wurde eine Verdoppelung der IntensivpatientInnen verzeichnet, die wie von Bachner erläutert primär anderen (Alters-)Gruppen angehören. Er schlussfolgert, dass ein erwarteter Engpass nicht bei den Normal-, sondern vielmehr bei den Intensivbetten eintreten wird.

Der Vertreter aus Wien zieht aus Wiener Sicht folgende Schlüsse: 43 % der über 90-Jährigen und 19% der über 80-Jährigen sind laut eigenen Angaben in Wien derzeit durchgeimpft. Im Vergleich zum November dürfte der Einfluss eine Reduktion im Ausmaß 1 von 10 Fällen im stationären Bereich bewirken. In der letzten Zeit sind relativ viele Junge Personen erkrankt, es ist damit zu rechnen, dass sich dies wie im Herbst im Zeitverlauf in die ältere Generation fortsetzt. Vor diesem Hintergrund wurde die gestern kolportierte Entscheidung Wiens getroffen, den Impfstoff von Astra Zeneca auch bei älteren Kohorten einzusetzen.

Herzog verweist hier auf den angekündigten Bericht, der auch das Thema Impfen abbildet.

→ *siehe Anhang 4: TOP 4 Prognose*

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation. Die 7-Tages-Inzidenz beläuft sich bereits auf 169/100.000. Es zeichnet sich nun ein tendenzielles Wachstum der Fallzahlen ab, was eine neue Phase der Pandemie seit Mitte Februar einläutet. R_{eff} liegt am 2.3. bei 1,11 und damit deutlich über 1. Die 7-Tages-Inzidenz in der Gruppe der unter 25-Jährigen hat sich in KW 8 im Vergleich zur KW 49 annähernd verdoppelt. Dieser Anstieg betrifft alle Altersgruppen nach Schulstufen annähernd gleich. Lediglich im Kindergartenalter ist er etwas geringer. Der prozentuelle Anteil am Fallgeschehen der über 65-Jährigen hat sich hingegen fast halbiert.

Hinsichtlich der Settings des Infektionserwerbs nimmt der Anteil des Bildungsbereichs nur leicht zu. Der Anteil von Clustern im Bereich Gesundheit/Soziales (Alten- und Pflegeheime) nimmt hingegen stetig und merkbar ab.

Schmid berichtet darüber hinaus zum Status Quo der Varianten-Surveillance. Bei rund 63 % der gescreenten Fälle liegt österreichweit eine der neuen Varianten vor. Es dominiert nach wie vor die britische Variante.

In Niederösterreich gibt es bereits zwei Cluster mit Fällen der südafrikanischen Variante. Auch in Vorarlberg wurden erste Fälle registriert. In Wien gab es in der KW 8 einen relevanten Anstieg der Fälle mit der südafrikanischen Variante. Die überwiegende Zahl der Fälle dieser Variante ist nach wie vor Tirol zuzurechnen, wobei hier auch der Anteil der Fälle mit der britischen Variante stetig zunimmt.

Vereinzelte und per Zufall in Salzburg identifizierte Fälle einer Sub-Variante des brasilianischen Typs müssen erst einer weiterführenden Untersuchung mittels Sequenzierung unterzogen werden.

→ *siehe Anhang 5: Ampel_slides_2021-02-24*

Pasterk (BMBWF) berichtet von den Ergebnissen der Antigenselbsttests an Schulen. In KW 8 wurden am Montag und Mittwoch insgesamt 1,375 Millionen Tests im Schulbereich durchgeführt. Die Testungen von Freitag werden nachträglich ergänzt. Es waren in KW 8 insgesamt 904 Tests positiv, was einer Positivrate von 0,07% (0,05 % bei SchülerInnen, 0,2% bei LehrerInnen und Verwaltungspersonal) entspricht. Es ist nicht bekannt, welcher Anteil dieser Tests mittels PCR bestätigt wurde.

Die Systeme wurden nun insofern optimiert, als das Gesundheitsbehörden unmittelbar von positiven Tests in Kenntnis gesetzt werden. Die Umsetzung ins Contact-Tracing (Absonderung K1-Personen) erfolgt noch nicht durchgängig in optimaler Form.

Der Anteil der LehrerInnen, die an den Testungen im Schulbereich teilnehmen ist im Volksschulbereich nach wie vor sehr hoch. In der Sekundarstufe II beteiligen sich LehrerInnen weniger,

wobei die Teilnahmequote zwischen den Bundesländern unterschiedlich ist. Für Wien wird diesbezüglich auf das zusätzliche Angebot der Gurgeltests verwiesen.

Gartlehner (DUK) hinterfragt in Hinblick auf die bekannte Spezifität der Tests nach, wonach rund 4.000 falsch positive Tests zu erwarten wären. Vor diesem Hintergrund scheint die aktuell genannte Zahl an positiven Tests nicht plausibel. Pasterk verweist hier auf die praktische Anwendung der Tests sowie auch auf etwaige Meldefehler. Ein Vergleich mit Gurgeltests zeigte seinen Ausführungen zufolge zudem eine annähernd 100%ige Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Antigentests.

Schmid bestätigt die Annahme von Gartlehner, wonach der Anteil der (falsch) Positiven hier unterschätzt wird. Es gibt wohl Verbesserungsbedarf in der praktischen Anwendung. Sie betont, dass neben einer etwaigen Unterschätzung falsch positiver Tests auch ein Augenmerk auf etwaige falsch negative Tests gelegt werden muss. Es wurden zahlreiche Cluster beobachtet, wo zunächst negativ getestete SchülerInnen im späteren Verlauf positiv getestet wurden.

Siebohofer-Kroitzsch (MUG) hinterfragt vor dem Hintergrund der höheren Positivrate bei LehrerInnen, weshalb LehrerInnen nicht verpflichtend getestet werden. Pasterk führt aus, dass eine Befreiung der FFP2-Maskenpflicht für LehrerInnen nur mit Testnachweisen aus Teststraßen gültig ist. Es ist daher davon auszugehen, dass LehrerInnen ergänzend an den dortigen Testungen teilnehmen. Es konnte darüber hinaus bislang kein politischer Konsens zu einer Testverpflichtung bei LehrerInnen erzielt werden.

Netzer (BMBWF) bestätigt, dass noch Anstrengungen hinsichtlich der Validierung der Testungen notwendig sind, die gemeinsam mit der AGES erfolgen sollen. Die Plausibilität der Daten ist im Bundesländervergleich zum Teil zweifelhaft, auch hier muss in Hinblick auf die Dateneingabe in den Schulen nachgeschärft werden. Beobachten lässt sich aber auch ein Lerneffekt bei der Durchführung der Testungen. Netzer kündigt an, im Zuge der Empfehlungen einen konkreten Vorschlag in Hinblick auf eine höhere Verbindlichkeit der Testungen von LehrerInnen einzubringen.

Der Vertreter aus Wien verweist auf die Wortmeldung von Gartlehner und bestätigt, dass aufgrund der großen Anzahl an insgesamt durchgeführten Testungen und aufgrund der Zulassungsbedingungen eine höherer Anzahl an positiven Tests zu erwarten wäre, die in Realität nicht abgebildet wird. Eine mögliche Erklärung ist, dass die Tests invalid (leer) ausgeführt wurden. Die Vertreterin aus Wien ergänzt, dass nach einer eigenen Analyse von über 500 in diesem Setting positiven Testungen in Wien 54,6 % gemäß PCR bestätigt wurden.

➔ *siehe Anhang 6: TOP 4_Antigenselbsttests_Ergebnisübersicht_KW08_BMBWF*

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs.

Im Burgenland liegt die Inzidenz nach einem Anstieg von 27% nun bei rund 190/100.000 und damit nach wie vor klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Auffällig ist insbesondere der Bezirk Oberpullendorf mit einem Fallanstieg von fast 70%. Sowohl das Verbreitungs- als auch erstmalig das Systemrisiko liegen im kritischen Bereich.

Der Vertreter des Burgenlands berichtet, dass alle BürgermeisterInnen informiert wurden, PädagogInnen im Bereich der Kindergärten zu einer zumindest zweimal wöchentlichen Teilnahme am Testangebot zu animieren. Auch Krankenanstalten wurden darüber informiert, mit höheren Belastungen zu rechnen. Hauptproblem ist derzeit der zunehmende Anteil des nicht arbeitsfähigen Personals.

Schmid ergänzt, dass rezente Ausbrüche im Bildungsbereich in Burgenland primär Kindergärten betreffen.

Auf Nachfrage des Vertreters aus dem Burgenland berichtet Reich, dass im neuen Containment-Erlass des BMSGPK wie in der LSD-Konferenz besprochen die Option eingeräumt wird, bei Auftreten von Virusvarianten das Contact-Tracing anzupassen (Verlängerung Kontaktpersonennachverfolgung auf 96 Stunden, Verlängerung Quarantäne auf 14 Tage mit Freitestung am 10. Tag). Ein diesbezügliches Fact-Sheet wird in Kürze veröffentlicht.

Die Situation in Kärnten ist ebenfalls geprägt durch einen Anstieg von 16% auf eine Inzidenz von 185/100.000. Spitzenreiter ist der Bezirk Hermagor mit einer Inzidenz über 675/100.000.

Die Vertreterin aus Kärnten führt aus, dass das bereits eingeleitete 11-Punkte-Programm in Hermagor fortgesetzt wird. Es soll hier in Kürze eine Testverpflichtung für Ausreisende (Ausreise nur mit negativem Testergebnis) verhängt werden. Das Studienprotokoll zur Befragung zur Adherence ist bereits eingelangt und es erfolgen weitere Schritte in Hinblick auf die Umsetzung.

Niederösterreich liegt nach einem Anstieg von fast 30 % bei einer rohen Inzidenz von 208/100.000 deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos. Mehrere Bezirke weisen eine Inzidenz über 250/100.000 auf.

Die Vertreterin aus Niederösterreich betont, dass in den auffälligen Bezirken primär Cluster im Bildungsbereich (inkl. Kindergärten) auftreten. Daneben wurden mehrere Familiencluster sowie sporadisch Cluster im Arbeitssetting verzeichnet. Im Bereich der Kindergärten wird das Personal nun auf freiwilliger Basis täglich vor Dienstantritt getestet. Das Personal soll darüber hinaus durchgängig FFP2-Masken tragen, insbesondere wenn es zu gruppenübergreifender Betreuung kommt.

Schmid hebt hervor, dass das hohe Auftreten an Übertragungen im Bildungsbereich in Niederösterreich auffällig ist. Einträge erfolgen primär über LehrerInnen, nur in wenigen Fällen waren Kinder die Primärquellen. Anzusetzen ist demzufolge primär bei den LehrerInnen, wobei eine zweimal wöchentliche Testung in Teststraßen anzuraten wäre.

Auf Nachfrage des Vorsitzenden ergänzt die Vertreterin aus Niederösterreich, dass in Wiener Neustadt zusätzliche Teststraßen eingerichtet werden. Eine Absperrung der Stadt als große Schul- und Einkaufsstadt scheint ihren Ausführungen zufolge unmöglich.

Der Vertreter des Bildungsministeriums führt aus, dass in Niederösterreich die Inzidenz in der Altersgruppe der SchülerInnen um fast 4 Mal höher liegt als im Westen Österreichs. Die Vertreterin aus Niederösterreich führt dies primär auf das Auftreten der britischen Virusvariante zurück und verweist auch auf den früheren Schulbeginn in ihrem Bundesland. Die Vermutung, dass die britische Virusvariante eine höhere Transmissibilität in jüngeren Kohorten hat, kann laut Schmid derzeit aber nicht bestätigt werden.

Auch Oberösterreich verzeichnete einen Anstieg von 20% auf eine Inzidenz von 132/100.000. Nur mehr wenige Bezirke weisen eine Inzidenz unter 100 auf und der Trend ist in nahezu allen Fällen steigend.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von einer stabilen Situation in den Spitälern. Man hätte sich hier aufgrund der Infektionsraten durchaus höhere Aufnahmezahlen erwartet. Der auffällige Bezirk Braunau am Inn wurde einer detaillierten Analyse unterzogen und es werden intensive Anstrengungen im Bereich Contact-Tracing und Testungen vorgenommen. Die gesetzten Maßnahmen werden verschärft kontrolliert. Sorgen bereitet die Situation im Bezirk Schärding, der nun auch den intensivierten Maßnahmen unterworfen werden soll.

In Salzburg betrug der Fallanstieg ebenfalls fast 30% und die Inzidenz liegt nun mit 201/100.000 wieder über 200. Auffällig ist der Bezirk Sankt Johann im Pongau.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet über Sankt Johann im Pongau, dass insbesondere die Gemeinden Bad Hofgastein und Radstadt betroffen sind. Hier wird es bereits ab Morgen eine Testverpflichtung bei der Ausreise geben. Cluster lassen sich insbesondere im Bildungsbereich sowie im Bereich Haushalt beobachten. Das Kontaktpersonenmanagement wurde über die Empfehlungen des Bundes hinaus ausgeweitet und die Einhaltung von Maßnahmen wird verstärkt kontrolliert. Ergebnisse der Auswertungen aus Kläranlagen zeigen hier eine sehr hohe Viruslast.

Offene Fragen in Hinblick auf die geplante CAP-Survey sollen bilateral geklärt werden.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt war der Anstieg in der Steiermark mit 15% vergleichsweise gering. Die rohe Inzidenz liegt aber auch hier mit 167/100.000 deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos. Auffällig ist der Bezirk Hartberg-Fürstenfeld.

Die Vertreterin aus der Steiermark verweist auf eine stabile Situation im Bereich der ICU-Auslastung. Im Bezirk Hartberg-Fürstenfeld werden die besonders auffälligen Gemeinden Rohr bei Hartberg und Pöllau sowie Pöllauberg durchgängigen PCR-Testungen auf freiwilliger Basis unterzogen.

Schmid berichtet, dass die britische Variante in der Steiermark zunehmend dominant wird. Auf Nachfrage von Schmid berichtet die Vertreterin aus der Steiermark, dass alle K1-Personen durchgängig zweimal getestet werden.

Tirol ist mit einer Inzidenz von 105/100.000 einer vergleichsweise geringen Steigerung von 14 % unterworfen. Einzig im Bezirk Reutte war der Trend deutlich fallend, der Bezirk Lienz hingegen ist mit einer Inzidenz über 300/100.000 deutlich auffällig.

Der Vertreter aus Tirol berichtet zu Lienz, dass hier ein möglichst lückenloses Contact-Tracing umgesetzt wird, worauf ein Teil der hohen Fallzahlen zurückgeführt werden kann. Im Bezirk Imst hat sich zunehmend die britische Variante etabliert. K1-Kontaktpersonen werden wenn möglich 3 Mal getestet. Positive Fälle werden ohne Test an Tag 9 nicht aus der Quarantäne entlassen und es wird berichtet, dass derartige Verlängerungen der Quarantänen durchaus häufig notwendig sind. Die südafrikanische Variante konnte auf ein vergleichsweise niedriges Niveau zurückgedrängt werden. Unstimmigkeiten zwischen den Tiroler Daten und jenen der AGES zum Anteil der Virusvarianten können in der Diskussion geklärt werden.

Als einziges Bundesland liegt Vorarlberg mit einer Inzidenz von 75/100.000 und einem leichten Anstieg von 3% noch immer im Bereich des hohen Risikos. Auffallend ist die Heterogenität der Regionen. Im großen Walsertal liegt die Inzidenz bei niedriger Bevölkerungszahl schon fast bei 500/100.000.

Der Vertreter aus Vorarlberg schließt sich den Ausführungen an. Auch in Vorarlberg wird von einem weiteren Anstieg der Fallzahlen ausgegangen. In den benachbarten ausländischen Regionen ist die Inzidenz vergleichsweise niedrig, wobei das Testaufkommen insbesondere im benachbarten Deutschland wesentlich geringer ist. Man bereitet sich auf eine weitere Ausbreitung der Virusvarianten vor und hat das Tiroler Regime für das Kontaktpersonenmanagement in adaptierter Form übernommen. Befürchtet wird, dass die Umsetzung des Pilotmodells in Vorarlberg vor dem Hintergrund des erwarteten Fallzahlenanstiegs eventuell gar nicht möglich sein wird.

Auf Nachfrage von Schmid berichtet der Vertreter aus Vorarlberg, dass K1- und K2-Personen durchgängig mittels PCR-Tests getestet werden.

Die Lage in Wien ist nach einem Anstieg von 23% mit einer Inzidenz von 185/100.000 klar im Bereich des sehr hohen Risikos.

Die Vertreterin aus Wien bestätigt, dass die Fallzahlen entsprechend den Prognosen gestiegen sind. Die Abklärungsquote kann konstant hoch gehalten werden. Es wird betont, dass in der letzten Woche rund 50% der Fälle asymptomatisch waren. Fälle im Bildungsbereich nehmen zu. Der Anteil richtig positiver Ergebnisse ist im Volksschulbereich vergleichsweise am Höchsten und nimmt in den höheren Schulstufen ab.

Die vorbereitete Beschlussgrundlage wird aufgerufen. Im Vergleich zu den Vorwochen wurden Zeilen und Spalten zur besseren Übersichtlichkeit getauscht.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Bundesland: Vorarlberg

Risikostufe: hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Rabady berichtet von einem Vor-Ort-Bericht aus einer COVID-Abteilung, wonach ein relativ hoher Anteil junger Personen in sehr schlechtem Zustand hinsichtlich der Sauerstoffversorgung eingeliefert wurde. Es handelt sich hier überwiegend um Fälle der britischen Virusvariante. Sie ersucht alle Mitglieder, vergleichenden Beobachtungen weiter nachzugehen.

Herzog referiert den vorab ausgeschickten Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich, der künftig das einzige Beschluss- und Berichtsdokument der Kommission darstellen soll. Der Bericht soll fortan gemeinsam mit der APA-Meldung veröffentlicht und den politischen Entscheidungsträgern übermittelt werden.

In der Diskussion festgelegte Änderungen werden direkt im Bericht umgesetzt. Insbesondere wird den bisherigen Beschlüssen folgend in der grafischen Darstellung der Inzidenz auf Bezirksebenen auf die getrennte Darstellung der Wiener Bezirke verzichtet.

Bei den Testungen im Schulbereich wird berichtet, dass es sich um die Angabe der Anzahl der Testungen handelt.

Auf Wunsch des Vertreters aus Vorarlberg soll die Inzidenz der Schweiz und – sofern möglich – jene von Südtirol künftig in der diesbezüglichen Grafik ergänzt werden.

Das Kapitel zu Impfungen wird vorerst aus dem Bericht entfernt. Die Daten basierten auf den Daten aus dem E-Impfpass. Es wird angestrebt, eine vergleichbare Übersicht in Zusammenarbeit mit den Bundesländern über die Impfkoordination zusammenzustellen und künftig in den Bericht zu integrieren.

Die Empfehlung wird auf Antrag des Vertreters des Bildungsministeriums um eine Textierung zum Schulbereich ergänzt. Der eingebrachte Text wird dahingehend adaptiert, dass der gesamte Bildungsbereich (inkl. Elementarpädagogik) umfasst ist.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien führt der Vertreter des Bildungsministeriums aus, dass noch zu definieren ist, welche Tests hier umfasst sind. Die Möglichkeit der Ausrollung des Wiener Modells auf ganz Österreich sei zu evaluieren. Zielvorgabe wäre zumindest eine PCR-Testung pro Woche, bei Bedarf ergänzt um Antigentests.

Zum Antrag des BKA, die Abstimmung über die neuen Ergänzungen auf die nächste Sitzung zu vertagen hält Herzog fest, dass die Abweichungen zur letzten Sitzung gering sind. Die Vertreterin des BKA präzisiert, dass sich der Antrag nur auf die vom Bildungsministerium ergänzten Passagen bezieht. Herzog führt aus, dass die ergänzenden Formulierungen primär organisatorische Herausforderungen umfassen und keine wesentliche inhaltliche Abweichung darstellen, was seitens der Vertreterin des BKA bestätigt wird.

Herzog erläutert, dass die Prozesse zur Berichtslegung derzeit optimiert werden. Ziel ist, den Bericht inkl. Empfehlungen jeweils am Vortag zur Sitzung aussenden zu können, sodass etwaige Änderungen und Ergänzungen ggf. bereits im Vorfeld eingebracht werden können. Diese Vorgehensweise wird vom BKA begrüßt.

Bericht Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Bericht einstimmig angenommen

→ siehe Anhang 7: Lageeinschätzung 04.03.2021_finale Fassung

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Es wird sowohl die Risikoeinstufung als auch eine Zusammenfassung der Ausführungen zur aktuellen Situation angeführt, die weitgehend deckungsgleich zu den Textierungen im Bericht ist. Es wird wieder ausgewiesen, wie viele Bezirke in Summe in der rohen Inzidenz unter 50/100.000 bzw. 100/100.000 liegen, wobei deren Anzahl abermals deutlich zurückgegangen ist.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschöber noch heute an die APA und anschließend an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt.

→ siehe Anhang 8: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_04032021_APA

5. Berichte

Weitere Schritte

Herzog führt aus, dass das Bundesland Vorarlberg bereits mehrere Wochen eine Inzidenz unter 100/100.000 ausweist. Auf dieser Basis werden derzeit Diskussionen zu möglichen Lockerungsschritten geführt. In Deutschland wurde hier rezent ein sehr strikter Ansatz vorgestellt, in Österreich gehen die Diskussionen in eine Richtung, der Bevölkerung Perspektiven zu schaffen.

Seitens des BMSGPK wurden darüber hinaus erste Überlegungen dahingehend angestellt, welche Punkte in einem ersten allgemeinen Öffnungsschritt zu überdenken wären:

- Sportangebote für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren unter der derzeitigen engmaschigen Testung
 - Fokus ist Outdoor, bei niedrigen Inzidenzen ggf. auch Indoor
- Außerschulische Jugendarbeit
- Gastronomie
 - Thema Sperrstunde vor dem Hintergrund etwaiger Ausgangsbeschränkungen
 - Kapazitäten (Personen pro Tisch, Kapazitäten insgesamt)
- Veranstaltungen
 - Primär Outdoor orientiert
 - Registrierung/Voranmeldung bei Veranstaltungen

Herzog avisiert eine Aussendung diesbezüglicher Unterlagen für morgen und ersucht die Mitglieder der Kommission um etwaiges Feedback.

Der Vertreter aus Vorarlberg äußert sein Erstaunen darüber, dass in der derzeitigen Diskussion die Gastronomie im Hotelbereich (ausschließlich für Hotelgäste) nicht als Option für Öffnungen angeführt wird. Dies würde in der Schweiz bereits seit Wochen erfolgreich ermöglicht.

6. Weitere Vorgehensweise

- 29. Sitzung mit Empfehlung: 11.03.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

28. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 04.03.2021, 14:00-18:20

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 28. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ *siehe Anhang 1: 04032021_Anwesenheitsliste_28. Sitzung*

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen alle stimmberechtigten Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 27. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 27. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Seitens des BMA gibt es eine Ergänzung zu einer vom BMA und dem Land Wien auf Seite 8 des Protokolls korrigierten Passage, die eine Erläuterung zur Zuständigkeit der Arbeitsinspektion darstellt. Es wird vorgeschlagen, diese aufgrund des Umfangs als nachträgliche Anlage zum Protokoll der 27. Sitzung beizulegen, was seitens des BMA und des Landes Wien als akzeptable Lösung erachtet wird.

Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ *siehe Anhang 2: 25022021_Corona Kommission_27. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen*

→ *Siehe Anhang 3: Anhang 11_Ergänzende_Anmerkung_BMA_Protokoll_27. Sitzung_S. 8*

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Herzog führt aus, dass der vorab übermittelte Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich heute besprochen und abgenommen und anschließend veröffentlicht werden soll. Die Szenariendarstellung auf Seite 16 soll in der veröffentlichten Version allerdings entfernt werden.

D'Orlando (BMSGPK) berichtet zur heute zur Begutachtung ausgeschickten 3. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung. Wesentliche Neuerung ist die Anpassung der Gültigkeitsdauer von Antigentests auf nun einheitlich 48 Stunden und für PCR-Tests auf nun 72 Stunden. Darüber hinaus sind hier avisierte Änderungen bei Besuchsregelungen im Bereich Krankenanstalten und Pflegeheime umgesetzt.

Das Land Wien bedankt sich für die Verlängerung der Gültigkeitsdauer von PCR-Tests auf 72 Stunden.

Über eingegangene Rückmeldungen zur Novelle wird im Zuge der nächsten Sitzung informiert.

Der Begutachtungsentwurf zum Epidemiegesetz und COVID-19-Maßnahmengesetz wurde gestern ausgeschickt. Aufgrund des Umfangs kann nicht im Detail über die Inhalte berichtet werden.

Änderungen soll es insbesondere im Bereich Veranstaltungen, Strafbestimmungen, in Bezug auf das Betreten von Alten-/Pflegeheimen bzw. Ausgangsregelungen geben.

3. Situationsbericht Schweden inkl. Diskussion (Anders Tegnell)

Anders Tegnell von der Public Health Agency of Sweden berichtet zur aktuellen Situation in Schweden, zu den eigenen *lessons learnt* sowie zu Plänen für die nächste Zeit.

Österreich und Schweden sind in Hinblick auf die Ausgangssituation vergleichbar. Während Schweden zu Beginn der Pandemie sehr erfolgreich im Bereich Kontaktpersonenmanagement und Containment war, wurde im Zeitverlauf eine deutliche Übersterblichkeit verzeichnet. Insbesondere im Bereich der Alten- und Pflegeheime war die Mortalitätsrate hoch. Als positiv wird vermerkt, dass stets rd. 20% freie Kapazitäten in Intensivstationen verfügbar waren. Die Impfkampagne ist auch in Schweden angelaufen, die aktuelle Durchimpfungsrate beträgt 6,6%.

Es wird betont, dass in Schweden u.A. die Gastronomie stets geöffnet war und dass Maßnahmen zu einem höheren Grad in der Eigenverantwortung der Menschen auf freiwilliger Basis befolgt wurden. Dies war unter Anderem auch fehlenden rechtlichen Grundlagen geschuldet. Verpflichtende Maßnahmen betrafen primär Besuche in Pflegeheimen, Distance-Learning für Sekundarstufen von Schulen und Universitäten, Versammlungsbeschränkungen sowie Reisebeschränkungen. Darüber hinaus wurden (strenge) Empfehlungen zu vielen Bereichen des öffentlichen und sozialen Lebens ausgesprochen. Es wird hervorgehoben, dass Volksschulen durchgängig geöffnet waren, lediglich bei akuten Ausbrüchen wurden einzelne Schulen tageweise geschlossen. Ein rezent beschlossenes neues Pandemiegesetz ermöglicht fortan weiterführende verpflichtende Maßnahmen und Einschränkungen.

Die Compliance der schwedischen Bevölkerung war und ist vergleichsweise hoch, was u.A. durch Mobilitätsdaten belegt werden kann.

Schmid (AGES) nimmt Bezug auf Lockdown-Phasen für den Schulbereich in Österreich und das aktuelle Maßnahmenpaket in diesem Bereich. Sie fragt nach, ob es in Schweden vergleichbare Maßnahmen bzw. Erfahrungen gibt, was von Tegnell verneint wird. Im Zuge der zunehmenden Ausbreitung der britischen Variante kommt es aber auch hier zu einer Zunahme der Virusverbreitung im Bildungsbereich und man wird wohl striktere Maßnahmen setzen müssen. Bislang wurden lediglich die rezenten Ferien um jeweils eine Woche verlängert.

Der Vertreter aus Vorarlberg verweist auf die medial kolportierte Strategie der Herdenimmunität in Schweden. Tegnell berichtigt, dass es nie das erklärte Ziel war, Herdenimmunität zu erreichen. Man wird nun sehen, welchen Einfluss die Impfung auf die Verbreitung hat. Er betont, dass COVID nicht mit bekannten Infektionen wie der Influenza vergleichbar ist.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) verweist auf eine rezente Publikation im New England Journal zum Bereich Schulöffnungen, die von Tegnell als qualitativ schlecht eingeschätzt wird. Es sind nur wenige Fälle eingeflossen, daher sind aus seiner Sicht hier keine zuverlässigen Interpretationen möglich.

Gartlehner berichtet von zu Beginn der Pandemie mangelnden Personalressourcen im Contact Tracing in Österreich und fragt nach den diesbezüglichen Kapazitäten in Schweden. Diese kann Tegnell ad hoc nicht beziffern, er nennt aber beispielhaft eine schwedische Region, wo die personellen Kapazitäten für das Contact-Tracing verzehnfacht wurden. Auf Nachfrage von Gartlehner ergänzt Tegnell, dass die verwendete Contact-Tracing App auch in Schweden rechtlich Schwierigkeiten aufwirft.

Rabady (KLPU) fragt nach, wie viele Spitalsaufnahmen und ICU-Aufnahmen es während der Pandemie gab und welches Durchschnittsalter die Betroffenen hatten. Tegnell sagt zu, diese Daten nachzuliefern.

Auf Nachfrage von Strauß führt Tegnell aus, dass auch in Schweden ein eigenes Team mit Modellierungen und Hochrechnungen beschäftigt ist. Er betont abschließend, dass die Reduktion von Sozialkontakten sowie insbesondere das Halten von Abstand zu den wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie gehören.

4. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Einfluss auf die Fallzahlen nimmt primär die immer weiter fortschreitende Ausbreitung der britischen Virusmutation, die mit Ausnahme von Vorarlberg in allen Bundesländern bereits die dominante Variante darstellt. Im Burgenland sind fast 90 % der Fälle dieser Variante zuzuschreiben. Die Fallzahlen steigen trotz nunmehr stabil hohem Testgeschehen sukzessiv an, daher kann der Anstieg nicht allein den Testungen zugeschrieben werden.

Die aktuelle Prognose geht von einem durchschnittlichen Fallaufkommen von 2.800 Fällen/Tag aus. Die 7-Tages-Inzidenz wird am Ende des Prognosezeitraumes mit 228/100.000 erwartet. Auch Vorarlberg wird gemäß Prognose die Schwelle von 100/100.000 Fällen wieder überschreiten. Das derzeitige Ost-West-Gefälle lässt sich primär auf den Verbreitungsgrad der Virusvarianten zurückführen. Die Verbreitung der südafrikanischen Variante ist nicht mehr nur auf Tirol beschränkt, es konnten Ausbrüche in mehreren anderen Bundesländern beobachtet werden. Zudem gibt es erste sporadische Verdachtsfälle der brasilianischen Variante.

Die Prognose der letzten Woche hat sich weitgehend bestätigt. Die aktuelle Prognose sagt nicht nur einen kontinuierlichen Anstieg der Fallzahlen in allen Bundesländern, sondern auch ein damit einhergehendes gesteigertes Systemrisiko vorher. Hervorgehoben wird, dass für die Bundesländer Burgenland, Niederösterreich und Wien gemäß Prognose (68% Konfidenzintervall) innerhalb der nächsten 14 Tage die kritische Marke von 33 % der ICU-Kapazitäten überschritten werden könnte. Es wird empfohlen, entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

Die bereits in der letzten Woche gezeigten Szenarien wurden um die rezenten Fallzahlen ergänzt. Es zeichnet sich ab, dass diese dem definierten Worst-Case-Szenario entsprechen bzw. dieses sogar überschreiten. Auf Nachfrage des Vertreters von Wien erklärt Bachner, dass auch der Belag in der Prognose wohl nicht überschätzt, sondern der prognostizierte Wert mittlerweile präzise getroffen wurde. Der Vertreter aus Wien erläutert dazu, dass die eigenen Berechnungen in Wien die bisher beobachtete Verzögerung von 7-10 Tagen bis zum Anstieg der Spitals- bzw. ICU-Aufnahmen nicht mehr widerspiegeln.

Der Vertreter aus Vorarlberg verweist auf den letztwöchigen Bericht, wonach die Impfdynamik in die Modellierung eingeflossen ist. Er verweist darauf, dass bereits der überwiegende Teil der über 85-Jährigen sowie ein Großteil der Hochrisikogruppe geimpft wurde und fragt nach, ob die Dynamik nun nicht eine andere sein müsste als im Herbst. Bachner bestätigt, dass die aktuell prognostizierten Verläufe jenen vom Herbst sehr ähnlich sind. Er führt aus, dass die Verbreitung des Haupttyps mit einem R_{eff} von 1 stagniert, während die Fälle mit den Virusvarianten rasant zunehmen. In Bezug auf die Durchimpfung stellt er richtig, dass die Bevölkerung über 80 Jahren noch nicht vollständig geimpft wurde, sondern nur ein Großteil der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen. Zudem entfällt erfahrungsgemäß ein Großteil der Personen auf ICUs auf die Altersgruppe zwischen 65-75 Jahren, die aktuell vergleichsweise sehr niedrige Durchimpfungsraten aufweist.

Der Vertreter aus Oberösterreich erläutert, dass eigene Berechnungen und Modellierungen zeigen, dass sich die Steigerungen beim Belag in den Spitälern aktuell noch nicht im prognostizierten Ausmaß zeigen. Dies wird auf den Erfolg der Impfungen in Alten- und Pflegeheimen zurückgeführt. Dennoch

wurde eine Verdoppelung der IntensivpatientInnen verzeichnet, die wie von Bachner erläutert primär anderen (Alters-)Gruppen angehören. Er schlussfolgert, dass ein erwarteter Engpass nicht bei den Normal-, sondern vielmehr bei den Intensivbetten eintreten wird.

Der Vertreter aus Wien zieht aus Wiener Sicht folgende Schlüsse: 43 % der über 90-Jährigen und 19% der über 80-Jährigen sind laut eigenen Angaben in Wien derzeit durchgeimpft. Im Vergleich zum November dürfte der Einfluss eine Reduktion im Ausmaß 1 von 10 Fällen im stationären Bereich bewirken. In der letzten Zeit sind relativ viele Junge Personen erkrankt, es ist damit zu rechnen, dass sich dies wie im Herbst im Zeitverlauf in die ältere Generation fortsetzt. Vor diesem Hintergrund wurde die gestern kolportierte Entscheidung Wiens getroffen, den Impfstoff von Astra Zeneca auch bei älteren Kohorten einzusetzen.

Herzog verweist hier auf den angekündigten Bericht, der auch das Thema Impfen abbildet.

→ *siehe Anhang 4: TOP 4 Prognose*

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation. Die 7-Tages-Inzidenz beläuft sich bereits auf 169/100.000. Es zeichnet sich nun ein tendenzielles Wachstum der Fallzahlen ab, was eine neue Phase der Pandemie seit Mitte Februar einläutet. R_{eff} liegt am 2.3. bei 1,11 und damit deutlich über 1. Die 7-Tages-Inzidenz in der Gruppe der unter 25-Jährigen hat sich in KW 8 im Vergleich zur KW 49 annähernd verdoppelt. Dieser Anstieg betrifft alle Altersgruppen nach Schulstufen annähernd gleich. Lediglich im Kindergartenalter ist er etwas geringer. Der prozentuelle Anteil am Fallgeschehen der über 65-Jährigen hat sich hingegen fast halbiert.

Hinsichtlich der Settings des Infektionserwerbs nimmt der Anteil des Bildungsbereichs nur leicht zu. Der Anteil von Clustern im Bereich Gesundheit/Soziales (Alten- und Pflegeheime) nimmt hingegen stetig und merkbar ab.

Schmid berichtet darüber hinaus zum Status Quo der Varianten-Surveillance. Bei rund 63 % der gescreenten Fälle liegt österreichweit eine der neuen Varianten vor. Es dominiert nach wie vor die britische Variante.

In Niederösterreich gibt es bereits zwei Cluster mit Fällen der südafrikanischen Variante. Auch in Vorarlberg wurden erste Fälle registriert. In Wien gab es in der KW 8 einen relevanten Anstieg der Fälle mit der südafrikanischen Variante. Die überwiegende Zahl der Fälle dieser Variante ist nach wie vor Tirol zuzurechnen, wobei hier auch der Anteil der Fälle mit der britischen Variante stetig zunimmt.

Vereinzelte und per Zufall in Salzburg identifizierte Fälle einer Sub-Variante des brasilianischen Typs müssen erst einer weiterführenden Untersuchung mittels Sequenzierung unterzogen werden.

→ *siehe Anhang 5: Ampel_slides_2021-02-24*

Pasterk (BMBWF) berichtet von den Ergebnissen der Antigenselbsttests an Schulen. In KW 8 wurden am Montag und Mittwoch insgesamt 1,375 Millionen Tests im Schulbereich durchgeführt. Die Testungen von Freitag werden nachträglich ergänzt. Es waren in KW 8 insgesamt 904 Tests positiv, was einer Positivrate von 0,07% (0,05 % bei SchülerInnen, 0,2% bei LehrerInnen und Verwaltungspersonal) entspricht. Es ist nicht bekannt, welcher Anteil dieser Tests mittels PCR bestätigt wurde.

Die Systeme wurden nun insofern optimiert, als das Gesundheitsbehörden unmittelbar von positiven Tests in Kenntnis gesetzt werden. Die Umsetzung ins Contact-Tracing (Absonderung K1-Personen) erfolgt noch nicht durchgängig in optimaler Form.

Der Anteil der LehrerInnen, die an den Testungen im Schulbereich teilnehmen ist im Volksschulbereich nach wie vor sehr hoch. In der Sekundarstufe II beteiligen sich LehrerInnen weniger,

wobei die Teilnahmequote zwischen den Bundesländern unterschiedlich ist. Für Wien wird diesbezüglich auf das zusätzliche Angebot der Gurgeltests verwiesen.

Gartlehner (DUK) hinterfragt in Hinblick auf die bekannte Spezifität der Tests nach, wonach rund 4.000 falsch positive Tests zu erwarten wären. Vor diesem Hintergrund scheint die aktuell genannte Zahl an positiven Tests nicht plausibel. Pasterk verweist hier auf die praktische Anwendung der Tests sowie auch auf etwaige Meldefehler. Ein Vergleich mit Gurgeltests zeigte seinen Ausführungen zufolge zudem eine annähernd 100%ige Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Antigentests.

Schmid bestätigt die Annahme von Gartlehner, wonach der Anteil der (falsch) Positiven hier unterschätzt wird. Es gibt wohl Verbesserungsbedarf in der praktischen Anwendung. Sie betont, dass neben einer etwaigen Unterschätzung falsch positiver Tests auch ein Augenmerk auf etwaige falsch negative Tests gelegt werden muss. Es wurden zahlreiche Cluster beobachtet, wo zunächst negativ getestete SchülerInnen im späteren Verlauf positiv getestet wurden.

Siebohofer-Kroitzsch (MUG) hinterfragt vor dem Hintergrund der höheren Positivrate bei LehrerInnen, weshalb LehrerInnen nicht verpflichtend getestet werden. Pasterk führt aus, dass eine Befreiung der FFP2-Maskenpflicht für LehrerInnen nur mit Testnachweisen aus Teststraßen gültig ist. Es ist daher davon auszugehen, dass LehrerInnen ergänzend an den dortigen Testungen teilnehmen. Es konnte darüber hinaus bislang kein politischer Konsens zu einer Testverpflichtung bei LehrerInnen erzielt werden.

Netzer (BMBWF) bestätigt, dass noch Anstrengungen hinsichtlich der Validierung der Testungen notwendig sind, die gemeinsam mit der AGES erfolgen sollen. Die Plausibilität der Daten ist im Bundesländervergleich zum Teil zweifelhaft, auch hier muss in Hinblick auf die Dateneingabe in den Schulen nachgeschärft werden. Beobachten lässt sich aber auch ein Lerneffekt bei der Durchführung der Testungen. Netzer kündigt an, im Zuge der Empfehlungen einen konkreten Vorschlag in Hinblick auf eine höhere Verbindlichkeit der Testungen von LehrerInnen einzubringen.

Der Vertreter aus Wien verweist auf die Wortmeldung von Gartlehner und bestätigt, dass aufgrund der großen Anzahl an insgesamt durchgeführten Testungen und aufgrund der Zulassungsbedingungen eine höherer Anzahl an positiven Tests zu erwarten wäre, die in Realität nicht abgebildet wird. Eine mögliche Erklärung ist, dass die Tests invalid (leer) ausgeführt wurden. Die Vertreterin aus Wien ergänzt, dass nach einer eigenen Analyse von über 500 in diesem Setting positiven Testungen in Wien 54,6 % gemäß PCR bestätigt wurden.

➔ *siehe Anhang 6: TOP 4_Antigenselbsttests_Ergebnisübersicht_KW08_BMBWF*

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs.

Im Burgenland liegt die Inzidenz nach einem Anstieg von 27% nun bei rund 190/100.000 und damit nach wie vor klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Auffällig ist insbesondere der Bezirk Oberpullendorf mit einem Fallanstieg von fast 70%. Sowohl das Verbreitungs- als auch erstmalig das Systemrisiko liegen im kritischen Bereich.

Der Vertreter des Burgenlands berichtet, dass alle BürgermeisterInnen informiert wurden, PädagogInnen im Bereich der Kindergärten zu einer zumindest zweimal wöchentlichen Teilnahme am Testangebot zu animieren. Auch Krankenanstalten wurden darüber informiert, mit höheren Belastungen zu rechnen. Hauptproblem ist derzeit der zunehmende Anteil des nicht arbeitsfähigen Personals.

Schmid ergänzt, dass rezente Ausbrüche im Bildungsbereich in Burgenland primär Kindergärten betreffen.

Auf Nachfrage des Vertreters aus dem Burgenland berichtet Reich, dass im neuen Containment-Erlass des BMSGPK wie in der LSD-Konferenz besprochen die Option eingeräumt wird, bei Auftreten von Virusvarianten das Contact-Tracing anzupassen (Verlängerung Kontaktpersonennachverfolgung auf 96 Stunden, Verlängerung Quarantäne auf 14 Tage mit Freitestung am 10. Tag). Ein diesbezügliches Fact-Sheet wird in Kürze veröffentlicht.

Die Situation in Kärnten ist ebenfalls geprägt durch einen Anstieg von 16% auf eine Inzidenz von 185/100.000. Spitzenreiter ist der Bezirk Hermagor mit einer Inzidenz über 675/100.000.

Die Vertreterin aus Kärnten führt aus, dass das bereits eingeleitete 11-Punkte-Programm in Hermagor fortgesetzt wird. Es soll hier in Kürze eine Testverpflichtung für Ausreisende (Ausreise nur mit negativem Testergebnis) verhängt werden. Das Studienprotokoll zur Befragung zur Adherence ist bereits eingelangt und es erfolgen weitere Schritte in Hinblick auf die Umsetzung.

Niederösterreich liegt nach einem Anstieg von fast 30 % bei einer rohen Inzidenz von 208/100.000 deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos. Mehrere Bezirke weisen eine Inzidenz über 250/100.000 auf.

Die Vertreterin aus Niederösterreich betont, dass in den auffälligen Bezirken primär Cluster im Bildungsbereich (inkl. Kindergärten) auftreten. Daneben wurden mehrere Familiencluster sowie sporadisch Cluster im Arbeitssetting verzeichnet. Im Bereich der Kindergärten wird das Personal nun auf freiwilliger Basis täglich vor Dienstantritt getestet. Das Personal soll darüber hinaus durchgängig FFP2-Masken tragen, insbesondere wenn es zu gruppenübergreifender Betreuung kommt.

Schmid hebt hervor, dass das hohe Auftreten an Übertragungen im Bildungsbereich in Niederösterreich auffällig ist. Einträge erfolgen primär über LehrerInnen, nur in wenigen Fällen waren Kinder die Primärquellen. Anzusetzen ist demzufolge primär bei den LehrerInnen, wobei eine zweimal wöchentliche Testung in Teststraßen anzuraten wäre.

Auf Nachfrage des Vorsitzenden ergänzt die Vertreterin aus Niederösterreich, dass in Wiener Neustadt zusätzliche Teststraßen eingerichtet werden. Eine Absperrung der Stadt als große Schul- und Einkaufsstadt scheint ihren Ausführungen zufolge unmöglich.

Der Vertreter des Bildungsministeriums führt aus, dass in Niederösterreich die Inzidenz in der Altersgruppe der SchülerInnen um fast 4 Mal höher liegt als im Westen Österreichs. Die Vertreterin aus Niederösterreich führt dies primär auf das Auftreten der britischen Virusvariante zurück und verweist auch auf den früheren Schulbeginn in ihrem Bundesland. Die Vermutung, dass die britische Virusvariante eine höhere Transmissibilität in jüngeren Kohorten hat, kann laut Schmid derzeit aber nicht bestätigt werden.

Auch Oberösterreich verzeichnete einen Anstieg von 20% auf eine Inzidenz von 132/100.000. Nur mehr wenige Bezirke weisen eine Inzidenz unter 100 auf und der Trend ist in nahezu allen Fällen steigend.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von einer stabilen Situation in den Spitälern. Man hätte sich hier aufgrund der Infektionsraten durchaus höhere Aufnahmezahlen erwartet. Der auffällige Bezirk Braunau am Inn wurde einer detaillierten Analyse unterzogen und es werden intensive Anstrengungen im Bereich Contact-Tracing und Testungen vorgenommen. Die gesetzten Maßnahmen werden verschärft kontrolliert. Sorgen bereitet die Situation im Bezirk Schärding, der nun auch den intensivierten Maßnahmen unterworfen werden soll.

In Salzburg betrug der Fallanstieg ebenfalls fast 30% und die Inzidenz liegt nun mit 201/100.000 wieder über 200. Auffällig ist der Bezirk Sankt Johann im Pongau.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet über Sankt Johann im Pongau, dass insbesondere die Gemeinden Bad Hofgastein und Radstadt betroffen sind. Hier wird es bereits ab Morgen eine Testverpflichtung bei der Ausreise geben. Cluster lassen sich insbesondere im Bildungsbereich sowie im Bereich Haushalt beobachten. Das Kontaktpersonenmanagement wurde über die Empfehlungen des Bundes hinaus ausgeweitet und die Einhaltung von Maßnahmen wird verstärkt kontrolliert. Ergebnisse der Auswertungen aus Kläranlagen zeigen hier eine sehr hohe Viruslast.

Offene Fragen in Hinblick auf die geplante CAP-Survey sollen bilateral geklärt werden.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt war der Anstieg in der Steiermark mit 15% vergleichsweise gering. Die rohe Inzidenz liegt aber auch hier mit 167/100.000 deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos. Auffällig ist der Bezirk Hartberg-Fürstenfeld.

Die Vertreterin aus der Steiermark verweist auf eine stabile Situation im Bereich der ICU-Auslastung. Im Bezirk Hartberg-Fürstenfeld werden die besonders auffälligen Gemeinden Rohr bei Hartberg und Pöllau sowie Pöllauberg durchgängigen PCR-Testungen auf freiwilliger Basis unterzogen.

Schmid berichtet, dass die britische Variante in der Steiermark zunehmend dominant wird. Auf Nachfrage von Schmid berichtet die Vertreterin aus der Steiermark, dass alle K1-Personen durchgängig zweimal getestet werden.

Tirol ist mit einer Inzidenz von 105/100.000 einer vergleichsweise geringen Steigerung von 14 % unterworfen. Einzig im Bezirk Reutte war der Trend deutlich fallend, der Bezirk Lienz hingegen ist mit einer Inzidenz über 300/100.000 deutlich auffällig.

Der Vertreter aus Tirol berichtet zu Lienz, dass hier ein möglichst lückenloses Contact-Tracing umgesetzt wird, worauf ein Teil der hohen Fallzahlen zurückgeführt werden kann. Im Bezirk Imst hat sich zunehmend die britische Variante etabliert. K1-Kontaktpersonen werden wenn möglich 3 Mal getestet. Positive Fälle werden ohne Test an Tag 9 nicht aus der Quarantäne entlassen und es wird berichtet, dass derartige Verlängerungen der Quarantänen durchaus häufig notwendig sind. Die südafrikanische Variante konnte auf ein vergleichsweise niedriges Niveau zurückgedrängt werden. Unstimmigkeiten zwischen den Tiroler Daten und jenen der AGES zum Anteil der Virusvarianten können in der Diskussion geklärt werden.

Als einziges Bundesland liegt Vorarlberg mit einer Inzidenz von 75/100.000 und einem leichten Anstieg von 3% noch immer im Bereich des hohen Risikos. Auffallend ist die Heterogenität der Regionen. Im großen Walsertal liegt die Inzidenz bei niedriger Bevölkerungszahl schon fast bei 500/100.000.

Der Vertreter aus Vorarlberg schließt sich den Ausführungen an. Auch in Vorarlberg wird von einem weiteren Anstieg der Fallzahlen ausgegangen. In den benachbarten ausländischen Regionen ist die Inzidenz vergleichsweise niedrig, wobei das Testaufkommen insbesondere im benachbarten Deutschland wesentlich geringer ist. Man bereitet sich auf eine weitere Ausbreitung der Virusvarianten vor und hat das Tiroler Regime für das Kontaktpersonenmanagement in adaptierter Form übernommen. Befürchtet wird, dass die Umsetzung des Pilotmodells in Vorarlberg vor dem Hintergrund des erwarteten Fallzahlenanstiegs eventuell gar nicht möglich sein wird.

Auf Nachfrage von Schmid berichtet der Vertreter aus Vorarlberg, dass K1- und K2-Personen durchgängig mittels PCR-Tests getestet werden.

Die Lage in Wien ist nach einem Anstieg von 23% mit einer Inzidenz von 185/100.000 klar im Bereich des sehr hohen Risikos.

Die Vertreterin aus Wien bestätigt, dass die Fallzahlen entsprechend den Prognosen gestiegen sind. Die Abklärungsquote kann konstant hoch gehalten werden. Es wird betont, dass in der letzten Woche rund 50% der Fälle asymptomatisch waren. Fälle im Bildungsbereich nehmen zu. Der Anteil richtig positiver Ergebnisse ist im Volksschulbereich vergleichsweise am Höchsten und nimmt in den höheren Schulstufen ab.

Die vorbereitete Beschlussgrundlage wird aufgerufen. Im Vergleich zu den Vorwochen wurden Zeilen und Spalten zur besseren Übersichtlichkeit getauscht.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Bundesland: Vorarlberg

Risikostufe: hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Rabady berichtet von einem Vor-Ort-Bericht aus einer COVID-Abteilung, wonach ein relativ hoher Anteil junger Personen in sehr schlechtem Zustand hinsichtlich der Sauerstoffversorgung eingeliefert wurde. Es handelt sich hier überwiegend um Fälle der britischen Virusvariante. Sie ersucht alle Mitglieder, vergleichenden Beobachtungen weiter nachzugehen.

Herzog referiert den vorab ausgeschickten Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich, der künftig das einzige Beschluss- und Berichtsdokument der Kommission darstellen soll. Der Bericht soll fortan gemeinsam mit der APA-Meldung veröffentlicht und den politischen Entscheidungsträgern übermittelt werden.

In der Diskussion festgelegte Änderungen werden direkt im Bericht umgesetzt. Insbesondere wird den bisherigen Beschlüssen folgend in der grafischen Darstellung der Inzidenz auf Bezirksebenen auf die getrennte Darstellung der Wiener Bezirke verzichtet.

Bei den Testungen im Schulbereich wird berichtet, dass es sich um die Angabe der Anzahl der Testungen handelt.

Auf Wunsch des Vertreters aus Vorarlberg soll die Inzidenz der Schweiz und – sofern möglich – jene von Südtirol künftig in der diesbezüglichen Grafik ergänzt werden.

Das Kapitel zu Impfungen wird vorerst aus dem Bericht entfernt. Die Daten basierten auf den Daten aus dem E-Impfpass. Es wird angestrebt, eine vergleichbare Übersicht in Zusammenarbeit mit den Bundesländern über die Impfkoordination zusammenzustellen und künftig in den Bericht zu integrieren.

Die Empfehlung wird auf Antrag des Vertreters des Bildungsministeriums um eine Textierung zum Schulbereich ergänzt. Der eingebrachte Text wird dahingehend adaptiert, dass der gesamte Bildungsbereich (inkl. Elementarpädagogik) umfasst ist.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien führt der Vertreter des Bildungsministeriums aus, dass noch zu definieren ist, welche Tests hier umfasst sind. Die Möglichkeit der Ausrollung des Wiener Modells auf ganz Österreich sei zu evaluieren. Zielvorgabe wäre zumindest eine PCR-Testung pro Woche, bei Bedarf ergänzt um Antigentests.

Zum Antrag des BKA, die Abstimmung über die neuen Ergänzungen auf die nächste Sitzung zu vertagen hält Herzog fest, dass die Abweichungen zur letzten Sitzung gering sind. Die Vertreterin des BKA präzisiert, dass sich der Antrag nur auf die vom Bildungsministerium ergänzten Passagen bezieht. Herzog führt aus, dass die ergänzenden Formulierungen primär organisatorische Herausforderungen umfassen und keine wesentliche inhaltliche Abweichung darstellen, was seitens der Vertreterin des BKA bestätigt wird.

Herzog erläutert, dass die Prozesse zur Berichtslegung derzeit optimiert werden. Ziel ist, den Bericht inkl. Empfehlungen jeweils am Vortag zur Sitzung aussenden zu können, sodass etwaige Änderungen und Ergänzungen ggf. bereits im Vorfeld eingebracht werden können. Diese Vorgehensweise wird vom BKA begrüßt.

Bericht Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Bericht einstimmig angenommen

→ *siehe Anhang 7: Lageeinschätzung 04.03.2021_finale Fassung*

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Es wird sowohl die Risikoeinstufung als auch eine Zusammenfassung der Ausführungen zur aktuellen Situation angeführt, die weitgehend deckungsgleich zu den Textierungen im Bericht ist. Es wird wieder ausgewiesen, wie viele Bezirke in Summe in der rohen Inzidenz unter 50/100.000 bzw. 100/100.000 liegen, wobei deren Anzahl abermals deutlich zurückgegangen ist.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschöber noch heute an die APA und anschließend an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt.

→ *siehe Anhang 8: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_04032021_APA*

5. Berichte

Weitere Schritte

Herzog führt aus, dass das Bundesland Vorarlberg bereits mehrere Wochen eine Inzidenz unter 100/100.000 ausweist. Auf dieser Basis werden derzeit Diskussionen zu möglichen Lockerungsschritten geführt. In Deutschland wurde hier rezent ein sehr strikter Ansatz vorgestellt, in Österreich gehen die Diskussionen in eine Richtung, der Bevölkerung Perspektiven zu schaffen.

Seitens des BMSGPK wurden darüber hinaus erste Überlegungen dahingehend angestellt, welche Punkte in einem ersten allgemeinen Öffnungsschritt zu überdenken wären:

- Sportangebote für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren unter der derzeitigen engmaschigen Testung
 - Fokus ist Outdoor, bei niedrigen Inzidenzen ggf. auch Indoor
- Außerschulische Jugendarbeit
- Gastronomie
 - Thema Sperrstunde vor dem Hintergrund etwaiger Ausgangsbeschränkungen
 - Kapazitäten (Personen pro Tisch, Kapazitäten insgesamt)
- Veranstaltungen
 - Primär Outdoor orientiert
 - Registrierung/Voranmeldung bei Veranstaltungen

Herzog avisiert eine Aussendung diesbezüglicher Unterlagen für morgen und ersucht die Mitglieder der Kommission um etwaiges Feedback.

Der Vertreter aus Vorarlberg äußert sein Erstaunen darüber, dass in der derzeitigen Diskussion die Gastronomie im Hotelbereich (ausschließlich für Hotelgäste) nicht als Option für Öffnungen angeführt wird. Dies würde in der Schweiz bereits seit Wochen erfolgreich ermöglicht.

6. Weitere Vorgehensweise

- 29. Sitzung mit Empfehlung: 11.03.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

20. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 07.01.2021, 14:00-18:45

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 20. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 07012021_Anwesenheitsliste_20. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmung 18 von 20 stimmberechtigten Mitgliedern anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 19. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 19. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Das Protokoll wurde vorab in der geänderten Fassung ausgeschickt. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 30122020_Corona Kommission_19. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

3. Grundlagen für die weitere Planung und Vorgehensweisen der Corona-Kommission ab Januar 2021 (technischen Grundlagen, Community Transmission, Maßnahmen, Testungen): Rückmeldungen und Besprechung

Herzog fasst anhand der vorab ausgeschickten Zusammenfassung die Ergebnisse der Rückmeldungen zum ausgeschickten Fragebogen zusammen. Es haben 13 Mitglieder eine Rückmeldung übermittelt. Eine weitere Rückmeldung von Dr. Rabady scheint nicht eingegangen zu sein, sie wird die Übermittlung nochmals prüfen.

Der Vertreter aus Wien weist darauf hin, dass die Frage der Testzahlen eine so genannte „never-ending-Story“ darstellt. Er hält eine Zuordnung der Daten der so genannten Massentestungen auf Bezirksebene für erforderlich, um zielgenaue Analysen anzustellen, insbesondere wenn diese Daten zu etwaigen Konsequenzen führen. Laut Angabe des Vertreters aus Wien liegen diese Daten vor. Weiters gibt er zu bedenken, dass das Thema der Mobilität nicht abschließend gelöst wurde.

Herzog hinterfragt, in welchem System die vom Vertreter aus Wien angesprochenen Testzahlen auf Bezirksebene vorliegen.

Der Vertreter aus Oberösterreich bestätigt den zweiten von Wien angesprochenen Punkt. Er gibt zu bedenken, dass in Bezug auf Mobilität die Vergangenheit gezeigt hat, dass sich Infektionszahlen rasch verbreiten. In Bezug auf die Testzahlen vertritt er die Auffassung, dass diese Daten für die

Risikobeurteilung keine Aussagekraft haben, da sie nicht vergleichbar sind. Insbesondere liegen keine Informationen über Testanlässe und Vortestwahrscheinlichkeit vor. Zugleich kommt es durch Mobilität zu Unschärfen in der Aussagekraft der Daten auf Bezirksebene.

Die Vertreterin aus Niederösterreich schließt sich den Aussagen des Vertreters aus Oberösterreich an. Sie gibt zu bedenken, dass keine exakten Zahlen über Antigentests vorliegen werden, solange es keine breitflächige Meldepflicht gibt.

Schmid repliziert, dass es aus ihrer Sicht aktuell besonders wichtig ist, Testzahlen möglichst exakt zu erfassen. Sie berichtet, dass jene Bundesländer mit derzeit sehr positiver Fallzahlentwicklung eine eigene, gute Test-Surveillance aufgebaut haben. Durch die Einführung von Antigentests kam es zu einem Paradigmenwechsel, der zum Teil zu einem proaktiven Testen durch die Betroffenen selbst geführt hat. Alle durchgeführten Tests sollten nach Möglichkeit mit folgenden Informationen erfasst werden: Alter, Wohnort und Indikation des Tests.

Benka führt aus, dass es auch für die Datenmeldungen auf europäischer Ebene erforderlich ist, Datenmeldungen möglichst zu vereinheitlichen.

Rabady (KLPU) führt aus, dass die Erfassung der Tests große Wichtigkeit hat. Die praktische Umsetzung ist aber schwierig, insbesondere aufgrund der generell hohen Arbeitslast in den niedergelassenen Ordinationen. Darüber hinaus werden Tests in Apotheken oder auch von Privatpersonen zu Hause durchgeführt. Sie verweist in diesem Zusammenhang auf das funktionierende System für niedergelassene ÄrztInnen in Vorarlberg.

Der Vertreter aus Wien bedankt sich für die Ausführungen. Er repliziert auf die Ausführungen des Vertreters aus Oberösterreich, dass hier die Sichtweise wohl differenziert ist. Die europäischen Entwicklungen zeigen, dass auf der Karte der ECDC Österreich hellgrün, Vorarlberg und Wien aber bereits dunkelgrün dargestellt sind. In Bezug auf Antigentests betont er, dass in Wien alle von der Stadt initiierten und durchgeführten Tests erfasst werden. Seiner Wahrnehmung nach sind auch im EMS die Tests samt Postleitzahl erfasst.

Der Vertreter aus Vorarlberg bestätigt, dass die Tests dort sehr einfach und niederschwellig über niedergelassene ÄrztInnen zugänglich sind. Die Einspeisung ins System funktioniert sehr einfach und unproblematisch. Er berichtet ebenso von ansteigenden privaten Testungen, deren Erfassung ein zunehmendes Problem darstellt.

Herzog fasst zusammen, dass die Test-Surveillance eine Notwendigkeit darstellt. Der im BMSGPK zuständige Ansprechpartner Schimpf arbeitet an einer möglichst praktikablen Lösung. Eine Erfassung gänzlich aller Tests scheint unmöglich, essenziell ist jedenfalls die Erfassung behördlich angeordneter und ärztlich im niedergelassenen Bereich durchgeführter Tests. Wesentliche Aspekte sind möglichst vollständige und auf Bezirksebene auswertbare Daten. Herzog wird die heutige Diskussion an Schimpf weitertragen. Es soll zudem eruiert werden, ob und welche Daten aktuell bereits auf Bezirksebene ausgewertet werden können. Berichtet wird auch, dass trotz etwaiger Meldeverpflichtung die Postleitzahlen im EMS derzeit nicht breitflächig erfasst werden.

In Bezug auf die Fragen zur Community Transmission merkt der Vertreter aus Wien an, dass man die Lage etwas anders sieht, als in der textlichen Zusammenfassung beschrieben. Er merkt an, dass primärer treibender Faktor für Haushaltscluster oft die Familiengröße ist. Herzog sagt zu, dass diese Thematik nochmals diskutiert und finalisiert werden soll.

Schmid führt aus, dass Haushaltscluster in Relation zu anderen Clustern zu betrachten sind. Durch gesetzte Maßnahmen verschieben sich Infektionen weg von anderen Settings hin zum Setting

Haushalt. Im Fall von Community Transmission kommt es zu einer Verschiebung der Settings hin zu vermehrten Haushaltsclustern.

Zum Thema Maßnahmen fasst Herzog zusammen, dass es möglichst einfacher, verständlicher und nachvollziehbarer Botschaften bedarf. Die Maßnahmensetzung wird eher auf Landesebene angeraten, um Ausgleichsbewegungen zu vermeiden.

Der letzte Themenblock zum Thema Durchführung von Testungen wird von Herzog so zusammengefasst, als dass als Auslöser für intensiveres Testen die reinen 7-Tages-Inzidenzen wohl nicht ausreichen, wobei ein Grenzwert von 100/100.000 für ein regional begrenztes breites Testen als sinnvoll erachtet wird.

Siebenhofer-Kroitzsch führt aus, dass es schwer ist, einen Grenzwert für Testungen festzulegen. Ihrer Ansicht nach wäre hier eher bei den Testkapazitäten anzusetzen. Es sollten möglichst alle Personen, die aufgrund ihres individuellen Risikoverhaltens eine Testung für notwendig erachten, auch einen Test bekommen.

Aberle führt die Berechnungen aus, aufgrund deren die Grenzwerte gewählt wurden. Es sollen zu viele falsch positive Ergebnisse vermieden werden.

Rabady führt aus, dass ihrer Erfahrung nach teilweise Arbeitgeber auf Mitarbeiter dahingehend einwirken, nicht an Testungen teilzunehmen. Sie berichtet, dass zudem symptomatische Personen fallweise sehr spät zum Arzt gehen und dadurch großer Spielraum zur Virusverbreitung entsteht.

Der Vertreter aus Wien geht davon aus, dass allen testwilligen Personen in ganz Österreich eine rasche Testmöglichkeit zur Verfügung gestellt wird. Diese Annahme wird von Herzog mit Verweis auf die immer wieder erweiterte Falldefinition bestätigt.

Benka führt aus, dass hier insbesondere auch die Frage der Heimtests schlagend wird. Darauf wird derzeit nicht Bezug genommen, da der Einsatz dieser Testungen und eine etwaige Meldeverpflichtung zahlreiche Fragen aufwerfen.

Herzog berichtet, dass die Überlegungen zur Reflektion der Kommissionsarbeit in der heute gezeigten Form an die politischen Entscheidungsträger weitergetragen werden soll.

→ *siehe Anhang 3: TOP3_Zusammenfassung_final*

4. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation. Die 7-Tages-Inzidenz ist österreichweit im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und liegt nun bei knapp 163/100.000. Seit Mitte Dezember zeigt sich im gleitenden Durchschnitt ein leichter Anstieg der Inzidenz. Bundeslandspezifisch zeigt sich ein heterogenes Bild. Hervorzuheben ist die eher bedenkliche Entwicklung in Salzburg. R_{eff} liegt österreichweit wieder bei 1. Bei den über 64jährigen dominiert bei den abgeklärten Fällen in den KW 51 und 52 das Setting Alten- und Pflegeheime.

Es konnte zwischenzeitlich geklärt werden, dass der in KW 52 im Burgenland beobachtete Ausbruch im Bildungsbereich durch eine/n PädagogIn ausgelöst wurde. Eine Sequenzierung soll weitere Informationen liefern.

In Salzburg dominiert primär das Haushaltsetting. Zudem treten Fälle im Bereich Freizeit und Gesundheit-Soziales auf. Es soll abgeklärt werden, ob der signifikante Fallzuwachs ggf. auf das Auftreten der mutierten Virusvariante zurückzuführen ist.

→ *siehe Anhang 4: Ampel_slides_2021-01-07*

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Nach wie vor gibt es zahlreiche Unsicherheiten in den Datengrundlagen. Die aktuelle Prognose geht von rund 2.000 Fällen pro Tag für die nächste Prognoseperiode aus. Im Vergleich zur letzten Prognose kommt es damit zu einer Erhöhung der Fallzahlen, die regional aber sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Die Kapazitätsvorschau zeigt einen Rückgang des Anteils der COVID-19-PatientInnen an der ICU-Gesamtkapazität auf rund 15 %. Auch dieser Rückgang gestaltet sich zwischen den Bundesländern allerdings sehr unterschiedlich.

Zur Virus-Mutation wird auf Basis der aktuellen Daten davon ausgegangen, dass bis Ende Jänner im Worst-Case rund 1.000 Fälle mit dieser Mutation auftreten würden. Es ist davon auszugehen, dass mit Vorliegen weiterer Daten und Informationen diese Prognose nachgeschärft wird.

→ *siehe Anhang 5: TOP 4 Prognose*

Der Vertreter aus Oberösterreich fragt nach, wie sich der Unterschied zwischen den Bundesländern in Hinblick auf das Verhältnis von Intensivbelag zu Fallzahlen erklärt. Schmid führt aus, dass das zum Teil auf die Altersstruktur der Erkrankten zurückzuführen ist. Der Vertreter aus Oberösterreich regt an, die Altersstruktur der PatientInnen auf den Intensivstationen zu analysieren.

Bachner sagt zu, dass die entsprechende Analyse erstellt und vorgelegt wird, sobald die entsprechenden Daten seitens des BMSGPK übermittelt werden. Er bestätigt die Wahrnehmung des Vertreters aus Oberösterreich und führt aus, dass nur ein Teil dieser Entwicklung auf die Altersstruktur der Erkrankten zurückzuführen ist. Es gibt wohl auch Unterschiede in der Hospitalisierungsstrategie.

Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) fragt nach, ob die Intensivbettendichte je Bundesland in der gezeigten Tabelle ergänzt werden kann. Dies sagt Bachner zu.

Der Vertreter aus Oberösterreich erläutert, dass in seinem Bundesland die unter normalen Umständen zur Verfügung stehenden 250 Intubationsplätze in die Berechnungen einfließen. Zusätzlich verfügbare Betten werden nur bei Überschreiten der Kapazitäten in die Berechnungen einbezogen. Dies führt zu Schwankungen bei den Belagsdaten.

Ostermann schlägt vor, nach Vorliegen der entsprechenden Daten eine Analyse für den Intensivbereich auf Ebene der Bundesländer vorzunehmen und der Kommission zu präsentieren.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) hinterfragt die Zielsetzung der in Aussicht gestellten Analyse. Ostermann erläutert, dass es um eine deskriptive Analyse der PatientInnen auf Intensivstationen geht. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) schlägt die Definition eines Hauptzielkriteriums und einen anschließenden Hypothesentest vor. Ostermann führt aus, dass das Hauptzielkriterium wohl das Identifizieren regionaler Differenzen im Bereich der Intensivversorgung ist. Dies soll noch schriftlich nachgereicht werden.

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs. Aufgrund der weiterhin überwiegenden Homogenität der Einschätzungen wird ein Überblick zur Gesamtsituation und weitgehend auf Bundeslandebene gegeben und nicht auf Bezirksebene vorgegangen.

Bachner führt aus, dass im Vergleich zum verschickten Dokument nun noch die Inzidenz bis 6.1. Mitternacht nachgetragen wurde. Unter Berücksichtigung dieser Daten kommt es nach einem leichten

Anstieg wieder zu einem leichten Rückgang der Inzidenz, die mit über 160/100.000 österreichweit nach wie vor im Bereich des sehr hohen Risikos liegt.

Bachner berichtet, dass die Meldung der Testzahlen an SKKM aktuell eine große Herausforderung darstellen, da in einzelnen Bundesländern schubweise Testzahlen der Massentestungen nachgemeldet wurden. Es ist vielfach nicht zu verifizieren, welche der gemeldeten Tests behördlich angeordnet wurden. Die Testzahlen können daher aktuell nicht valide zur Risikoadjustierung herangezogen werden. Die dahinter liegende Thematik muss nochmals besprochen und gelöst werden.

Im Burgenland kam es innerhalb der letzten Tage zu einem Fallzuwachs von rund 11 Prozent. Besonders stark war der Anstieg in Oberpullendorf. Für das Bundesland gesamt liegt die Inzidenz nach wie vor im Bereich des sehr hohen Risikos. Lediglich im Bezirk Oberwart wurde der Grenzwert nunmehr unterschritten.

Der Vertreter des Burgenlandes berichtet, dass nur PCR-Tests behördlich angeordnet werden. Die darüber hinaus erfassbaren Antigentests (u.A. auch bei niedergelassenen ÄrztInnen) werden SKKM ebenfalls zur Kenntnis gebracht. Im Burgenland kam es in unterschiedlichen Regionen zu zahlreichen Familienclustern durch Familienfeiern. Im Bezirk Güssing sind 4 Cluster in Alten-/Pflegerwohnheimen aufgetreten, wo nun flächendeckende PCR-Testungen erfolgen sollen.

Auf Nachfrage von Schmid berichtet der Vertreter des Burgenlandes, dass die gesammelten Meldungen aus dem niedergelassenen Bereich über die Landes-Ärztammer koordiniert werden.

In Kärnten war in den letzten Tagen kein weiterer Rückgang zu verzeichnen. Der 14-Tages-Trend zeigt sogar einen Anstieg von rund 8 %. Besonders besorgniserregend ist nach wie vor die sehr hohe Inzidenz in Hermagor. Die Situation in Kärnten ist weiterhin mit sehr hohem Risiko zu bewerten.

Die Vertreterin aus Kärnten bestätigt die Probleme in Hermagor, wo insbesondere jüngere Personen betroffen sind. Es wird derzeit mittels Sequenzierung abgeklärt, ob hier ggf. die neue Virusmutation in Umlauf ist. Die Situation in den Alten- und Pflegeheimen hat sich beruhigt. Auf Nachfrage von Allerberger (AGES) berichtet die Vertreterin aus Kärnten, dass die erwähnte Sequenzierung in einem lokalen Labor erfolgen soll.

Niederösterreich verzeichnete ebenfalls einen leichten Inzidenzanstieg von rund 6 %. Die Inzidenz liegt mit rund 148 unter dem Bundesdurchschnitt, aber nach wie vor im Bereich des sehr hohen Risikos. Mehrere Bezirke haben in der rohen Inzidenz bereits seit über 20 Tagen die Grenze von 100/100.000 unterschritten. Im Gegensatz dazu kam es in mehreren anderen Bezirken zu einer Fallzunahme bei Inzidenzen deutlich über 100/100.000.

Die Vertreterin aus Niederösterreich plädiert dafür, jene Bezirke, die in der Inzidenz bereits seit längerem unter dem Grenzwert liegen, nur mehr mit hohem Risiko zu bewerten, um der Bevölkerung positive Signale zu geben. Ihr ist jedoch bewusst, dass sich die Situation bereits in der nächsten Woche wieder anders darstellen könnte. Sie berichtet, dass in Niederösterreich in mehreren Fällen der Eintrag in die Pflegeheime bei der Übergangspflege bzw. beim Transport erfolgt. Darauf soll nun spezielles Augenmerk gelegt werden.

In Oberösterreich ist die Entwicklung sehr heterogen, das Bundesland gesamt präsentiert sich stabil im Bereich des sehr hohen Risikos. Einzelne Bezirke sind in der rohen Inzidenz bereits unter 100/100.000, wobei auf Basis der Verweildauerlogik hier noch keine Umstufung angebracht ist.

Der Vertreter aus Oberösterreich bestätigt die Einstufung. Er berichtet von spezifischen Fallanhäufungen, die durch gezielte Analysen und Testungen in Kooperation mit der AGES in den Griff

bekommen werden, was er gerne im Executive Summary des Kurzberichtes wiedergespiegelt finden würde. Zu den Testzahlen merkt er nochmals an, dass überlegt werden muss, welche Testungen gemeldet werden.

Schmid sagt zu, die aufgeworfene Frage bilateral mit Oberösterreich zu lösen und ggf. auch eine entsprechende Presseinformation vorzubereiten.

Die Inzidenz in Salzburg hat in allen Bezirken deutlich zugenommen und liegt mit knapp 340 deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet, dass Zahlen negativer Antigentests aus dem niedergelassenen Bereich derzeit nicht vorliegen. Es soll analysiert werden, ob in Salzburg bereits die neue mutierte Virusvariante kursiert. Geplant ist, das Testangebot neu aufzustellen und durch mobile Teststraßen zu ergänzen. Es sind 27 Alten- und Pflegeheime im Bundesland betroffen. Die Compliance der Bevölkerung scheint eher gering. Es gibt somit deutlichen Handlungsbedarf, wobei bereits Gespräche mit der Landespolizeidirektion geführt wurden.

Herzog schlägt vor, in Gemeinden mit hohen Fallzahlen bevölkerungsnahe Testangebote zu schaffen. Auch Gespräche mit der Exekutive in Richtung Verbesserung der Compliance wären sinnvoll. Es lässt sich beobachten, dass in Österreich tendenziell Regionen mit Skigebieten stärker betroffen scheinen.

Schmid schlägt vor, im Zuge der Intensivierung der Teststraßen parallel am Aufbau der entsprechenden digitalen Meldestruktur zu arbeiten. Dabei soll auf bestehenden Strukturen aufgesetzt werden. Dies wird von der Vertreterin aus Salzburg zugesagt.

Der Vertreter des BMI berichtet, dass es neue Vorgaben zum Umgang mit Versammlungen vor dem Hintergrund der COVID-Infektionslage geben wird. Überlegenswert ist es, in Regionen mit sehr hoher Inzidenz Versammlungen zu untersagen, was in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden geschehen muss. Sollten Versammlungen offiziell untersagt werden, hätte die Exekutive mehr Eingriffsmöglichkeiten. Für Salzburg scheinen laut Herzog die entsprechenden Voraussetzungen durchaus gegeben, Versammlungen auf Basis der infektionsepidemiologischen Parameter ggf. regional zu untersagen.

Der Vertreter aus Wien gibt zu bedenken, dass Versammlungen bei denen schon im Vorfeld Auflagen wie Abstand und Maske nicht eingehalten werden sollen, generell untersagt werden müssten. Dies bestätigt der Vertreter des BMI. Er verweist darauf, dass es zum Teil erst vor Ort zu Verstößen gegen Auflagen kommt.

Allerberger (AGES) fragt nach, ob es Belege für durch Versammlungen ausgelöste Infektionen gibt, auch im Vergleich zur Situation im Bereich von Skiliften.

Die Vertreterin aus Salzburg gibt zu bedenken, dass es hier zu falschen Signalen an die Bevölkerung kommt.

In der Steiermark war ein leichter Rückgang der Inzidenz von rund zwei Prozent zu beobachten, wobei sich die Bezirke durchaus unterschiedlich entwickelt haben. Lediglich Voitsberg weist eine Inzidenz von unter 100/100.000 auf, wobei die Verweildauerlogik noch keine Umstufung zulässt. Die Situation im Bundesland gesamt ist nach wie vor mit sehr hohem Risiko zu bewerten.

Die Vertreterin aus der Steiermark berichtet, dass Alten- und Pflegeheime nach wie vor im gesamten Bundesland stark betroffen sind. Der niedrigen Aufklärungsquote wurde nachgegangen. Es gibt Beobachtungen, wonach Arbeitnehmer seitens der Arbeitsgeber aufgefordert wurden, den Haushalt

als Ansteckungsquelle anzugeben. Auch Homeoffice wird von vielen Arbeitgebern nicht mehr unterstützt. Contact-Tracing findet aktuell nur für Haushaltsmitglieder statt.

Schmid fasst zusammen, dass das Source-Tracing in der Steiermark am Tiefststand angelangt ist. Dies soll nun verbessert werden. Sie fragt nach, ob andere Settings als Haushalt somit derzeit nicht erfasst werden. Dies wird von der Vertreterin aus der Steiermark bestätigt.

Der Vertreter aus Wien sieht die Situation in der Steiermark für ganz Österreich mit großer Besorgnis.

Siebenhofer-Kroitzsch fragt nach, ob die Lage in der Steiermark auf ein Ressourcenproblem zurückzuführen ist. Die Vertreterin aus der Steiermark berichtet, dass die Ursachen nicht final geklärt werden konnten. Eine heute angesetzte Besprechung soll zur Klärung beitragen. Dies wird von Herzog begrüßt, der um einen diesbezüglichen Bericht in der nächsten Sitzung der Kommission ersucht.

In Tirol ist die Lage weitgehend stabil. Auffällig ist der deutliche Fallanstieg in Kitzbühel. Positiv zu verzeichnen ist die Lage in Innsbruck Stadt, wo die rohe Inzidenz bereits seit über 20 Tagen unter 100/100.000 liegt.

Der Vertreter aus Tirol verweist darauf, dass der Fallanstieg in Kitzbühel sicherlich keine Auswirkung des Skitourismus darstellt. Er sei wohl auf Familienzusammenkünfte über Weihnachten zurückzuführen.

Auch in Vorarlberg kam es zu einem leichten Anstieg der Inzidenzen, wobei es rezent wieder zu einem leichten Rückgang kam. Das Bundesland gesamt liegt nach wie vor im Bereich des sehr hohen Risikos, zwei Regionen weisen bei in absoluten Zahlen sehr geringen Fallzahlen nun bereits eine rohe und risikoadjustierte Inzidenz von unter 100/100.000 aus.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet, dass sich die Inzidenz in Vorarlberg kurzfristig den deutschen Nachbarregionen angeglichen hat. Nun liegt man aber wieder darüber. In Bezug auf das Skifahren verweist er auf einen Schnappschuss aus seinem Bundesland, was seiner Ansicht nach aber primär ein Problem der sozialen Medien darstellt und sich in der Praxis anekdotisch nicht bestätigt.

Auf Nachfrage von Ostermann berichtet der Vertreter aus Vorarlberg, dass die Einhaltung des eigens erstellten Kodex durch eigene „Pisten-Scheriffs“ erfolgt. Er merkt an, dass die Situation aktuell während des Lockdowns sehr entspannt ist, da nur ein Bruchteil der sonst vorkommenden Gäste vor Ort ist. Auf Nachfrage des Vertreters von Wien wird präzisiert, dass es sich neben den Einheimischen hier um Tagesgäste bzw. Personen mit Zweitwohnsitz handelt.

Allerberger bietet an, anhand eines exemplarisch ausgewählten Skigebietes, das alle Skifahrer elektronisch erfasst, eine Analyse der Ansteckungssituation anzustellen.

In Wien liegt die rohe Inzidenz bei knapp 116 und ist damit in Österreich am Geringsten. Die risikoadjustierte Inzidenz liegt nach wie vor unter 100. Sollte die Risikoadjustierung wieder in die Betrachtung einbezogen werden, wäre auch im Sinne der Verweildauerregelung eine Umstufung gerechtfertigt.

Der Vertreter aus Wien verweist auf den gesetzlichen Auftrag der Corona-Kommission, die Risikobewertung vorzunehmen. Wien weist seit Längerem – teilweise gemeinsam mit dem Burgenland - die niedrigste Inzidenz auf. Die Testungen wurden hier stark intensiviert. Man geht daher davon aus, die Fälle gut zu detektieren, zumal die Positivitätsrate gering ist. R_{eff} liegt unter 1. Es wird im Vergleich zu anderen Hauptstädten eine enorme Disziplin in der Stadt wahrgenommen. Im Sinne der Beibehaltung dieser Compliance möchte man ein deutliches Zeichen an die Bevölkerung richten. Wien stellt daher den Antrag, das Bundesland Wien mit hohem Risiko zu bewerten.

Nach einer Pause fasst Herzog zusammen, dass die Bezirke Hollabrunn, Horn, Korneuburg, Krems Land, Krems Stadt und Innsbruck Stadt in der rohen Inzidenz seit mehr als 20 Tagen unter 100/100.000 liegen. Für Wien trifft dies bei Betrachtung der risikoadjustierten Inzidenz zu. Herzog betont, dass die Risikoadjustierung aktuell nicht in allen Bundesländern zuverlässig berechnet werden kann. Diese wurde – wie im Protokoll der 14. und 15. Sitzung vermerkt – vorerst ausgesetzt. Die 7-Tages-Inzidenz für Österreich gesamt liegt bei rund 160/100.000 und die Auswirkungen der rezenten Feiertage können noch nicht abschließend beurteilt werden, was sich auch in der aktuellen Prognose widerspiegelt. Zudem können Auswirkungen der neuen Virusmutation nicht abgeschätzt werden. Herzog gibt abschließend zu bedenken, dass in einer Situation des landesweiten Lockdowns eine reine Umfärbung der Landkarte falsche Signale aussenden könnte und verweist eindringlich auf den präventiven Charakter der Corona-Ampel. Er kann den Wunsch nach positiven Signalen nachempfinden und möchte die positive Entwicklung durchaus offenbar machen.

Herzog schlägt vor, die Ampelfärbung nach wie vor mit „rot“ zu belassen. In der Presseaussendung soll aber auf die heterogene Lage und insbesondere auf jene Bezirke bzw. Bundesländer, deren Inzidenzen unter 100/100.000 liegen, hingewiesen werden. Ebenso soll aber auf etwaige kritische Faktoren hingewiesen werden.

Die Vertreterin aus Niederösterreich merkt an, dass man sich der Verantwortung durchaus bewusst ist. In Bezug auf die Risikoadjustierung verweist man darauf, dass die im Datenfile ausgewiesene Aufklärungsquote aus Sicht des Bundeslandes nicht richtig ist, dies sei entsprechend zu vermerken. Man könnte durchaus einer Ampelfärbung mit rot zustimmen, wenn für alle Bundesländer dieselben Kriterien gelten und die betroffenen Niederösterreichischen Bezirke in der APA-Meldung dezidiert genannt werden.

Der Vertreter aus Oberösterreich verweist darauf, dass Veränderungen der Infektionszahlen immer rund 10-14 Tage nach einem Ereignis (Maßnahmensetzung) eingetreten sind. Die aktuelle Situation ist mit so vielen Unsicherheiten behaftet, dass man sich dem Vorschlag des Vorsitzenden anschließt.

Der Vertreter des BKA schließt sich ebenfalls den Ausführungen des Vorsitzenden an. Er verweist auf die Wortmeldung des Vertreters aus Wien, wonach Signale zu setzen sind, um die Compliance der Bevölkerung aufrecht zu erhalten. Aus Sicht des BKA scheint die Ampelfarbe rot das geeignete Signal, um hohe Awareness zu erzielen. Man schließt sich dem Vorschlag der Vertreterin aus Niederösterreich an, alle für eine Umstufung in Frage kommenden Bezirke in der APA-Meldung explizit zu nennen.

Der Vertreter aus Vorarlberg verweist darauf, dass die Ampelfarbe rot keine wesentliche Signalwirkung mehr hat und ggf. von der Bevölkerung nicht mehr wahrgenommen wird. Eine Umfärbung würde vielleicht deutlichere Auswirkungen haben.

Herzog verweist nochmals darauf, dass die aktuell zur Verfügung stehenden Daten aufgrund der Feiertagssituation und der damit einhergehenden schwankenden Datenmeldungen schwer zu interpretieren und ggf. mit Unsicherheit behaftet sind.

Der Vertreter aus Wien merkt an, dass sich Wien in Bezug auf Testungen und Testmeldungen an alle Vorgaben gehalten hat. Er ersucht um Abstimmung über die Risikoeinstufung von Wien.

Siebenhofer-Kroitzsch bestätigt die Wortmeldung des Vorsitzenden, dass die Daten aktuell mit vielen Unsicherheiten behaftet sind. Sie verweist auf den bundesweiten Lockdown. Es würde jedenfalls zu Diskussionen führen, wie sich eine Herabstufung vor diesem Hintergrund rechtfertigen lässt.

Der Vertreter aus Tirol bestätigt, dass Richtlinien grundlegend einzuhalten sind. Er plädiert für ein einheitliches Vorgehen bei gleichen Voraussetzungen.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Bezirke und Regionen: alle mit Ausnahme von Krems an der Donau Stadt, Krems an der Donau Land, Hollabrunn, Horn, Korneuburg, Innsbruck Stadt

Bundesländer: alle mit Ausnahme von Wien

Staatsgebiet Österreich mit Ausnahme der genannten Bezirke und dem Bundesland Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Niederösterreich

Bezirke: Krems an der Donau Stadt, Krems an der Donau Land, Hollabrunn, Horn, Korneuburg

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Stimmenthaltung: Vorarlberg

Gegenstimme: Wien

Empfehlung mehrheitlich angenommen

Tirol

Bezirke: Innsbruck Stadt

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Stimmenthaltung: Vorarlberg

Gegenstimme: Wien

Empfehlung mehrheitlich angenommen

Wien

Antrag des Landes Wien

Bundesland: Wien

Risikostufe: hohes Risiko

Stimmenthaltung: Burgenland, Heinz

Gegenstimmen: Niederösterreich, Oberösterreich, BMSGPK (2 Stimmen), AGES, GÖG, BKA, Salzburg, Siebenhofer-Kroitzsch, Tirol, BMI, BMSGPK, Steiermark

Empfehlung abgelehnt

ursprünglicher Antrag

Bundesland: Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Stimmhaltung: Burgenland, Vorarlberg

Gegenstimmen: Wien

Empfehlung mehrheitlich angenommen

Es bestehen keine Einwände gegen die gemeinsam ergänzte und abgestimmte APA-Meldung zum Sitzungsergebnis. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschober noch heute an die APA und anschließend an die Bezirkshauptleute übermittelt.

→ *siehe Anhang 6: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_07012021_APA*

Die Abklärungsquote auf Landesebene wird auf den nach der Sitzung schriftlich geäußerten Wunsch einiger Länder aus dem im Vorfeld übermittelten Kurzbericht zur Maßnahmenbewertung entfernt, um Missinterpretationen zu vermeiden.

→ *siehe Anhang 7: Kurzbericht Maßnahmenbewertung 2021-01-07*

5. Berichte

Rückmeldungen zur 1. Novelle 2. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung sowie zur Novelle des Epidemiegesetzes und des COVID-Maßnahmengesetzes

Die dokumentierten Rückmeldungen werden mit dem Protokoll ausgeschickt.

→ *siehe Anhang 8: 1. Novelle 2. NotMV_Rückmeldungen_03012021*

→ *siehe Anhang 9: Änderung EpiG und COVID-19-MG_Rückmeldungen_03012021*

Es ist davon auszugehen, dass Stellungnahmen zur nächsten Verlängerung der Notmaßnahmenverordnung am kommenden Wochenende eingeholt werden.

Das Anliegen der Stadt Wien hinsichtlich des verfassungsrechtlichen Zustandekommens der 3. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung, für dessen Beurteilung sich der Verfassungsdienst unzuständig sah, wurde der Rechtsabteilung des BMSGPK zugewiesen. Die entsprechende Auskunft des BMSGPK wird in der Sitzung verlesen und mit dem Protokoll übermittelt. Diese fasst zusammen, dass die Verfassungsmäßigkeit der Verordnung aus Sicht des BMSGPK gegeben ist.

→ *siehe Anhang 10: TOP 5_Stn_BMSGPK_SchuMaVO*

Der Vertreter aus Wien fragt nach, welche Personengruppen künftig den angekündigten vermehrten Testungen unterzogen werden sollen. Herzog führt aus, dass hier Berufsgruppentestungen und Eintrittstestungen zu unterscheiden sind. In beiden Bereichen ist noch keine finale Entscheidung gefallen.

Epidemiologische Situation aufgrund der Reisebewegungen (Land Wien)

Der Vertreter aus Wien präzisiert die Fragestellung dahingehend, dass in Frage steht, wie riskant derzeit herrschende Reisebewegungen (z.B. von Personen mit Zweitwohnsitzen) sind. Er verweist auf Berichte, wonach die entsprechenden Quarantäneerklärungen nur von knapp 7 % der Reisenden übermittelt werden, zudem langen diese fallweise sehr spät ein. Man hofft, dass sich dies durch die Verwendung des neuen IT-Systems massiv verbessern wird. Der Vertreter aus Wien gibt darüber

hinaus zu bedenken, dass mehrere Länder, für die aktuell Reisewarnungen gelten, derzeit eine durch Lockdowns erzielte sehr niedrige Inzidenz ausweisen. Andere mit vergleichsweise hoher Inzidenz sind keiner akuten Reisewarnung unterworfen.

Benka erläutert, dass die neuen Virusmutationen das Einreiseregime vor große Herausforderungen stellen. Die im Dezember von vielen Ländern verhängten Landverbote für Flugzeuge aus dem UK wurden teilweise nach wenigen Tagen wieder aufgehoben. Landverbote führen zu Ausweich(reise)bewegungen. In Österreich sollen die Landverbote für UK und Südafrika nochmals verlängert werden. Die Einreiseverordnung soll dahingehend geändert werden, dass bei Einreise aus Risikoländern unabhängig vom Vorweisen eines negativen Tests jedenfalls eine 10-tägige Quarantäne anzutreten ist, aus der ein Freitesten erst ab dem 5. Tag möglich ist. Im Detail möchte man sich hier an den Vorgaben auf europäischer Ebene orientieren. Begleitend sollen die Anstrengungen im Bereich der Sequenzierung verstärkt werden. Vor dem Hintergrund der neuen Virusvariante werden in mehreren Ländern Überlegungen zur Einschränkung des Bewegungsradius von Personen angestellt.

Der Vertreter aus Wien führt zur derzeitigen Situation aus, dass für aus dem UK-kommende Personen aktuell keine Testverpflichtung gilt. Das derzeit aufliegende Formular ist aus Sicht des Vertreters aus Wien missverständlich und so zu interpretieren, dass ein Freitesten sofort möglich ist. Es kann nur durch Studium der zugrunde liegenden Rechtsgrundlagen dahingehend verifiziert werden, dass das Freitesten erst ab Tag 5 möglich ist. Der Vertreter aus Wien merkt an, dass die Verhängung einer verpflichtenden Quarantäne für Einreisende aus bestimmten Ländern möglichst rasch zu kommunizieren ist.

Der Hinweis auf die etwaige Missverständlichkeit des Formulars wird von Benka gerne aufgegriffen.

Der Vertreter des BMI ergänzt, dass die Gesundheits- und Sicherheitsbehörden hier unterstützen. Es werden möglichst lückenlose Kontrollen im Flugverkehr und möglichst dichte Kontrollen am Landweg durchgeführt. Die relativ geringe Zahl an übermittelten Formblättern führt er mitunter auf die zahlreichen Aufnahmen zurück. Sollten Formblätter übermittelt werden, deren Qualität nicht entsprechend ist, ersucht er um möglichst rasche Rückmeldung an die Sicherheitsbehörden. Es ist das Ziel, hier jedenfalls die entsprechende Qualität sicherzustellen.

Der Vertreter aus Wien erläutert am Beispiel der Landungen in Wien-Schwechat vom 17. – 21.12.2020, dass nur von rund einem Zehntel der aus dem UK gelandeten Personen Formblätter in Wien eingelangt sind. Es ist unklar, ob alle weiteren Personen unmittelbar weitergereist sind.

Der Vertreter des BMI berichtet von einem Rückgang des Grenzverkehrs im Burgenland von rund 50 %. Neben den Weiterreisenden sind auch PendlerInnen zu beachten.

Heinz (MUW) bestätigt, dass die Verfolgung von Mutationen große Wichtigkeit hat. Er betont aber, dass es wichtig ist, das Augenmaß nicht zu verlieren. Es konnte die Ausbreitung der Ursprungsvariante nicht verhindert werden, daher ist wohl nicht davon auszugehen, dass diese wesentlich ansteckendere Variante gänzlich an der Verbreitung gehindert werden kann. Grundlegend sind die gesetzten und wirksamen Maßnahmen zur Eindämmung dieselben, d.h. man sollte die Anstrengungen eher in diese Richtung lenken.

Die Vertreterin aus Niederösterreich betont, dass alle Formulare von in Wien gelandeten Personen, die als Zielort Wien angegeben haben, an Wien übermittelt wurden. Die Formulare werden innerhalb von 24 Stunden weitergeleitet.

Nationale Vorbereitungen (Preparedness) zu möglichen Änderungen des Transmissionsverhaltens von SARS-CoV-2 im Rahmen der Pandemie (Land Wien)

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) merkt an, dass heute bereits viel zu diesem Thema gesagt wurde. Eine entsprechende Preparedness ist im Sinne des Präventionsgedankens wichtig. Die neue Variante kann nicht nur zu einer Zunahme der Infizierten, sondern auch zu einem Zuwachs an krankheitsbezogenen Todesfällen führen. Es werden mehrere Fragen formuliert. Hinterfragt wird, ob durch die oberste Gesundheitsbehörde alle notwendigen Surveillance-Maßnahmen ergriffen wurden, um mittels Sequenzierungsuntersuchungen das derzeitige Ausmaß der Verbreitung festzustellen. Zudem, ob ausreichend Personal und Finanzierung gesichert ist, um rasch das Ausmaß der Verbreitung feststellen zu können. Weiters wird hinterfragt, ob alle diagnostischen Laboratorien, die mit PCR beschäftigt sind, ausreichend informiert sind, dass sie etwaige Fehler in der Zuverlässigkeit der Tests rasch erkennen können und ob eine erhöhte Vigilanz bundesweit gegeben ist, um die Surveillance des Krankheitsgeschehens durchzuführen. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) betont in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit einer zentralen Lenkung dieser Themenstellungen.

Schmid repliziert, dass Analysen nur so gut sein können, wie Daten erhoben werden und zur Verfügung stehen. Eine intensivierete Surveillance auf unterschiedlichen Ebenen für diese Varianten ist unerlässlich. Sie gibt zu bedenken, dass die Surveillance bei Einreisenden derzeit möglicherweise noch nicht ausreichend ist. Es sollte wie von Benka avisiert eine lückenlose Testverpflichtung inkl. Quarantäne für Einreisende aus Risikopopulationen geben. Es ist derzeit nicht bekannt, welche Laboratorien welche Testverfahren anwenden. Die Surveillance ist ihrer Ansicht nach derzeit nicht ausreichend, um Krankheitsverläufe lückenlos zu beobachten.

Allerberger führt anhand der beiliegenden ppt-Präsentation aus, dass eine detaillierte Sequenzierung von rund 200 Proben pro Monat beauftragt ist. Gemeinsam mit IMBA und IMP wird zudem eine Analyse der Schlüsselmutationen von rund 1.000 Proben/Woche durchgeführt. Dabei wird einmal pro Woche ein Bundesland analysiert. Diese Analyse dauert rund 5 Tage. Darüber hinaus werden große Speziallabors ersucht, eine spezielle PCR-Testung durchzuführen, um die Mutation zu erkennen. Allerberger widerspricht den Ausführungen des stellvertretenden Mitglieds aus Wien (Dr. Binder), dass eine mangelnde Zuverlässigkeit der Testergebnisse zu erwarten ist. Die Mutation konnte bislang nicht als Ursache falscher Ergebnisse nachgewiesen werden. Eine Information bezüglich eines bestimmten Tests, bei dem hier ein gewisses Risiko besteht, wird noch an die Labore übermittelt.

➔ *siehe Anhang 11: Präsentation Allerberger*

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) fasst zusammen, dass Österreich bezüglich der Surveillance gut aufgestellt ist.

Schmid repliziert, dass die Surveillance bezüglich Krankheitsverläufen und Re-Infektionen ggf. noch erweitert und intensiviert werden sollte.

Benka ergänzt, dass es wichtig ist zu modellieren, welche Auswirkungen bei einer breitflächigen Verbreitung der Mutation zu erwarten sind. Er verweist hier auf eine Entscheidung im UK, wonach der Zeitraum zwischen erster und zweiter Impfung auf rund 3 Monate ausgedehnt wird, um möglichst viele Personen zumindest einmalig zu impfen und so hoffentlich Überlastungen des Gesundheitssystems zu vermeiden.

6. Weitere Vorgehensweise

Die heute getroffene Empfehlung ist dokumentiert und wird in dieser Form an die Politik übermittelt. Auch der Kommission wird das Ergebnis zusammen mit dem Protokoll zugänglich gemacht.

➔ *siehe Anhang 12: Empfehlung der Corona Kommission 20. Sitzung_07012021*

- 21. Sitzung mit Empfehlung: 14.01.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

29. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 11.03.2021, 14:00-18:10

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 29. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 11032021_Anwesenheitsliste_29. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 19 von 20 stimmberechtigten Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 28. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 28. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 04032021_Corona Kommission_28. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Im TOP 5 soll unter Allfälliges kurz auf den rezenten Erlass für Gemeinden mit Inzidenzen über 400/100.000 eingegangen werden.

Der Vertreter aus Wien ersucht im selben TOP um eine Reflexion hinsichtlich des Umganges mit den nahenden Osterfeiertagen und deren Auswirkungen auf die Pandemie.

3. Berichte

Ergebnis der Anhörungen zur 3. und 4. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung

Im Zuge der Anhörung zur 3. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung sind 3 Stellungnahmen von Aberle, BMJ und dem Land Wien eingegangen, die dokumentiert wurden.

→ siehe Anhang 3: 3. Novelle 4. SchuMaV_Rückmeldungen_05032021

Im Zuge der Anhörung zur 4. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung sind 4 Stellungnahmen von BMKOES, BMAFJ, dem Land Wien und Herzog (BMSGPK) eingegangen, die dokumentiert wurden.

→ siehe Anhang 4: 4. Novelle 4. SchuMaV_Rückmeldungen_10032021

D'Orlando (BMSGPK) berichtet zu Inhalten der 4. Novelle zur 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung. Es sind Lockerungen im Sportbereich für Kinder und Jugendliche bis

18 Jahren mit Gruppengrößen bis zu 10 Personen plus Betreuungsperson vorgesehen. Analoge Lockerungen sind in der außerschulischen Jugendbetreuung geplant.

Zudem sind spezifische Lockerungen für das Bundesland Vorarlberg aufgenommen worden. Veranstaltungen sind für bis zu 100 Personen möglich, wobei das Veranstaltungsende jeweils mit 19 Uhr anzusetzen wäre. Weitere Lockerungen betreffen die Gastronomie. In beiden Bereichen sind Kontaktinformationen zu erheben und aufzubewahren. Die in der Verordnung verhängten Ausgangsbeschränkungen müssen wie bislang alle 10 Tage verlängert werden.

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass zur Novelle ausreichend und umfangreich Stellung genommen wurde. Er verweist darauf, dass die aktuelle Besuchsregelung in Alten- und Pflegeheimen nicht jener in Spitälern entspricht und hinterfragt, ob die Regelungen so beibehalten werden sollen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass PatientInnen in Krankenanstalten in der Regel nicht geimpft sind. D'Orlando repliziert, dass hier keine Änderung avisiert ist, zumal die derzeitigen Änderungen erst vor Kurzem eingeführt wurden.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) fragt nach, ob die aktuelle epidemiologische Situation oder der Zeitpunkt des Erlasses einer Verordnung im Vordergrund stehen. Herzog erwidert, dass die Kommission bereits dahingehend Stellung genommen hat, dass ab einer bundesweiten Inzidenz von über 200/100.000 keine neuen Lockerungen erlassen, sondern gegebenenfalls bereits gesetzte Lockerungen überdacht werden müssen. Er fasst zusammen, dass die konkrete Sorge dem Spitalsbereich gilt, was vom stellvertretenden Mitglied aus Wien (Dr. Binder) bestätigt wird.

Der Vertreter aus Oberösterreich schließt sich den vom Vertreter und stellvertretenden Mitglied aus Wien (Dr. Binder) geäußerten Bedenken an.

D'Orlando berichtet weiter von den umfangreichen Stellungnahmen zu den Novellen zum Epidemiegesetz und COVID-19-Maßnahmengesetz, die aktuell bestmöglich eingearbeitet werden. Hauptkritikpunkte betreffen die Veranstaltungsregeln, die nunmehr als Zusammenkunftsregeln dargestellt und in das COVID-19-Maßnahmengesetz überführt werden sollen. Minderjährige Kinder sollen von der Höchstpersonenanzahl ausgenommen und Strafbestimmungen ebenfalls in das COVID-19-Maßnahmengesetz überführt werden.

Hinsichtlich des COVID-19-Maßnahmengesetzes stehen primär die Passagen zu Ausgangsregelungen in Diskussion. Ob eine unkontrollierte Verbreitung als Begründung aufrechterhalten wird, ist noch in Diskussion. Die Möglichkeit eingeschränkter Ausgangsregelungen soll beibehalten werden.

Der Vertreter aus Wien führt an, dass eine etwaige Meldepflicht von Veranstaltungen ab 4 Personen behördlich nicht bewältigbar sei. Es ist hier auf die Machbarkeit in der Praxis Bedacht zu nehmen.

D'Orlando führt aus, dass nicht vorgesehen war, derartige private Veranstaltungen einer Meldepflicht zu unterwerfen. Die diesbezüglichen Bedenken werden berücksichtigt.

Pilotregion Vorarlberg (Epidemiologische Lage in Vorarlberg und Bericht zum Pilotprojekt)

Herzog wiederholt, dass in der letzten Novelle der COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung die Möglichkeit für Lockerungen für das Bundesland Vorarlberg geschaffen wurde.

Bachner referiert die aktuelle Lage sowie die Prognose für das Bundesland Vorarlberg. Er führt aus, dass die Fallentwicklung in Vorarlberg in der letzten Prognose etwas überschätzt wurde. Die tatsächliche Entwicklung in Vorarlberg folgte nicht jener in den anderen Bundesländern, daher wurde die Situation spezifisch für Vorarlberg nochmals neu bewertet. Es wird darauf hingewiesen, dass das R_{eff} auch in Vorarlberg über 1 liegt, was sich in einem stetigen leichten Anstieg der Fallzahlen

manifestiert. Mitte nächster Woche wird eine Inzidenz von 88/100.000 prognostiziert. Die mit gewissen Unsicherheiten behafteten Langfrist-Prognosen gehen von einer Inzidenz um 150/100.000 bis Mitte April aus.

Der ICU-Belag in Vorarlberg ist aktuell auf geringem Niveau stabil, was möglicherweise auf die vergleichsweise hohe Durchimpfung kritischer Altersgruppen zurückzuführen ist. Entgegen dem bundesweiten Trend kam es in Vorarlberg zu keinen signifikanten Zuwächsen der Variants of Concern. Der Unterschied des R_{eff} zwischen Wildvariante und Variants of Concern ist in Vorarlberg nicht signifikant. Auch hinsichtlich der berechneten Szenarien befindet sich Vorarlberg im Gegensatz zum Rest Österreichs eher im Bereich best-case- oder baseline-Szenario.

Der Vertreter aus Vorarlberg bestätigt, dass die Situation in seinem Bundesland derzeit relativ stabil ist. Dies wird zumindest teilweise mit der regionalen „Abschottung“ in Richtung Tirols bzw. ins benachbarte Ausland begründet. Der Anteil der Variants of Concern ist derzeit sogar rückläufig. Die Impfbedeckung der 65- bis 80-Jährigen mit hohem klinischen Risiko beträgt ca. 10,4 %. Bei jenen mit hohem klinischen Risiko unter 65 Jahren immerhin über 3 %. Die Impfbedeckung der impfbaren Bevölkerung liegt bei 11 %. Besorgnis besteht dahingehend, dass sich zu wenige Menschen zur Impfung anmelden, da derzeit nur 21 % den Gruppen Geimpfte bzw. Angemeldete zuzurechnen sind. Vorarlberg hält keinen Impfstoff vor, es wird sämtlicher verfügbarer Impfstoff unmittelbar verimpft.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) fragt nach, welche Phänomene dazu beitragen bzw. beigetragen haben, dass es zu einem Sistieren der Infektionsraten in Vorarlberg gekommen ist.

Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) ersucht darüber hinaus um ein Stimmungsbild aus der Bevölkerung in Vorarlberg und über Informationen, wie die Bevölkerung in Bezug auf die aktuellen Schritte informiert wird. Zudem hinterfragt sie Regelungen hinsichtlich der Ein- und Ausreise und ersucht um Präzisierung der positivity rate.

Der Vertreter aus Vorarlberg konkretisiert, dass die positivity rate seit rund 21 Tagen zwischen 3 und 4 % liegt. Er verweist in Hinblick auf Reisebewegungen auf die aktuell gültigen Bundesvorgaben. PendlerInnen im grenzüberschreitenden Verkehr müssen sich registrieren und es sind negative Tests bei Einreise vorzuweisen. Annähernd dieselben Regelungen galten bislang für Tirol (Testverpflichtung). Flugverkehr nach Wien findet im Moment nicht statt.

Darüber hinaus berichtet der Vertreter aus Vorarlberg, dass die Anforderungen in Hinblick auf Testungen ohne Widerstand aufgenommen werden. Kleinere Demonstrationen finden zwar statt, es sind aber darüber hinaus keine größeren Probleme in Hinblick auf die Akzeptanz der Regelungen bekannt. Die Zutrittschürden zur Gastronomie werden als eher hoch beschrieben, wodurch mit keiner großen Transmission in diesem Bereich gerechnet wird.

Schmid führt hinsichtlich der Frage des stellvertretenden Mitglieds aus Wien (Dr. Binder) aus, dass sich das beobachtete Phänomen in Vorarlberg evolutionsbiologisch nicht erklären lässt. Vermutet wird, dass die etwas später etablierte PCR-Surveillance von Kontaktpersonen möglicherweise künftig zu einer stärkeren Erfassung führen wird. Im besten Fall könnten die relativ strikten Maßnahmen dazu beitragen, die Verbreitung der Variants of Concern weiter einzudämmen. Ein Vergleich mit Deutschland ist aus ihrer Sicht nicht zulässig, da die Varianten-Surveillance dort nicht vergleichbar etabliert ist.

Bachner ergänzt, dass die benachbarte Schweiz und angrenzende deutsche Regionen ebenfalls eher niedrige Inzidenzen aufweisen und dass die wirtschaftlichen Verflechtungen in diese Gebiete zum Teil höher sind als jene in Richtung Tirol. Vermutet wird aber, dass sich auch in Vorarlberg die neuen Virusvarianten zunehmend durchsetzen werden.

Herzog fasst zusammen, dass die epidemiologische Situation in Vorarlberg aktuell durchaus positiv zu bewerten ist. Auch die Auslastungssituation im stationären Bereich ist aktuell im Bereich des geringen Risikos. Der Fortschritt bei den Impfungen ist in Vorarlberg vergleichsweise gut. Es wird vor dem Hintergrund des Risikomanagements aber sehr genau zu beobachten sein, wie sich die Situation in Vorarlberg weiterentwickelt. Bei im Zuge des Monitorings wahrgenommenen Veränderungen der Lage ist die Situation neu zu bewerten. Herzog betont in diesem Zusammenhang die Sorgfaltspflicht.

Internationale Lage

Strauß (BMSGPK) reflektiert kurz die internationale Situation in Hinblick auf Inzidenzen und die Verbreitung von Variants of Concern. Zudem referiert sie das unlängst vom RKI präsentierte Stufenkonzept „ControlCOVID“. Dem Konzept liegen 3 Intensitätsstufen zugrunde, die anhand definierter Leit- und Hilfsindikatoren ermittelt werden. Den jeweiligen Stufen sind gewisse Maßnahmen zugeordnet.

Abschließend gibt Strauß einen kurzen Einblick in die von der GÖG erstellte Übersicht zu aktuellen Maßnahmen in den Nachbarstaaten. Es werden zunehmend Informationen zum Umgang mit Geimpften und Genesenen bekannt.

→ *siehe Anhang 5: TOP 3_Corona Kommission 11_3_2021 Strauss_Mayrhofer*

Der Vertreter aus Vorarlberg weist in Hinblick auf das deutsche Stufenmodell drauf hin, dass die dort definierten Inzidenzgrenzen aus seiner Sicht insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Verbreitung von Virusvarianten utopisch sind. Er hebt hervor, dass in östlichen Staaten trotz teilweise drakonischer Maßnahmen die Inzidenzen sehr hoch sind.

Siebenhofer-Kroitzsch reflektiert Möglichkeiten der Corona-Kommission. Sie verweist auf die diesbezügliche Diskussion Anfang des Jahres in Hinblick auf Maßnahmen, die nur geringe Infektionstreiber sind. Es ist aus ihrer Sicht nicht nachvollziehbar, inwiefern zahlreiche weitere Arbeiten in dieser Hinsicht Niederschlag gefunden haben und sie ersucht um eine Diskussion zu diesen Aspekten.

Herzog verweist auf eine vor wenigen Wochen erstellte Gegenüberstellung, welche Empfehlungen bzw. Diskussionen der Kommission ihren Niederschlag in der Umsetzung gefunden haben. Diese soll aktualisiert und im Vorfeld der nächsten Sitzung an die Mitglieder der Kommission ausgesendet werden. Er reflektiert, dass der Politik ein gewisser Entscheidungsspielraum bei der konkreten Umsetzung von Maßnahmen obliegt und auch obliegen soll. Empfehlungen der Kommission werden aber in die jeweiligen Entscheidungsprozesse eingebracht. Die Tätigkeit der Kommission ist als rollierendes Verfahren zu sehen.

Ostermann (GÖG) ergänzt, dass die avisierte Übersicht als lebendes Dokument zu erachten ist, das gerne von den Mitgliedern ergänzt werden kann.

Der Vertreter aus Wien nimmt Bezug auf die Wortmeldung des Vertreters aus Vorarlberg und weist darauf hin, dass in der Slowakei trotz rigidester Maßnahmen die dritte Welle nicht gebrochen werden konnte. Sehr ähnlich ist die Situation in Tschechien. Er hebt die Bedeutung des richtigen Zeitpunktes für das Setzen von Maßnahmen hervor, um eine etwaige dritte Welle zeitgerecht abfangen zu können. Es scheint noch zu früh, die gänzlichen Auswirkungen der Lockerungen vom 1.3. abzuschätzen.

Herzog betont, dass die Empfehlung der Kommission, ab einer bundesweiten Inzidenz von über 200/100.000 Lockerungen zu reflektieren oder gegebenenfalls auch zurückzunehmen aufrecht bleibt. Zudem ist eine laufende Evaluierung vereinbart.

Stand der Teststrategie in Österreich

verschoben auf TOP 5

4. Einschätzung der aktuellen Risikolage für Österreich

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Er betont, dass sich das für Vorarlberg recht positiv gezeichnete Bild nicht auf ganz Österreich übertragen lässt. Für die kommende Woche wird mit weiter steigenden Fallzahlen gerechnet, wobei von rund 2.900 Fällen/Tag ausgegangen wird. Die 7-Tages-Inzidenz per 17.3. wird mit 235/100.000 erwartet. Die Situation ist zwischen den Bundesländern stark heterogen, es zeigen sich zahlreiche lokale Hot-Spots.

Die Verbreitung der Variants of Concern schreitet weiter voran. In den meisten Bundesländern sind diese zur dominanten Variante geworden (im Burgenland bereits über 95 %). Die Kapazitätsvorschau sieht in Wien eine Überschreitung der Auslastungsgrenzen von 33 % COVID-Belag an der ICU-Gesamtkapazität bis zum 24.3. voraus. In weiteren Bundesländern (B, NÖ) ist eine Überschreitung dieser Grenze innerhalb des 68%-Konfidenzintervalls möglich. Es wird den genannten Bundesländern empfohlen, entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

Ein neuerliches Update der modellierten Szenarien anhand der realen Entwicklung bestätigt, dass der aktuelle Verlauf weitgehend dem prognostizierten Worst-Case-Szenario entspricht. Dies sowohl in Bezug auf Inzidenz, als auch in Hinblick auf den ICU-Belag.

Der Vertreter aus Vorarlberg fragt nach, wann mit einem Update der zugrunde liegenden modellierten Szenarien zu rechnen ist. Bachner führt aus, dass die Szenarien jederzeit neu gerechnet werden können, wobei mit keinen wesentlichen Änderungen zu rechnen ist. Erwünscht war grundlegend eine Verfolgung der aktuellen Situation vor dem Hintergrund der Modellierungen, um deren Treffgenauigkeit nachzuverfolgen. Für die Sitzung kommende Woche soll ein Update erstellt werden.

Siebenhofer-Kroitzsch verweist auf die nach wie vor unterschiedliche Intensivbettendichte, die sich in der Darstellung der Kapazitätsvorschau Intensivpflege der Bundesländer manifestiert. Sie fragt nach, ob vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Skalierungen und der zugrunde liegenden variablen Kapazitätsmeldungen die Situation in den Bundesländern überhaupt vergleichbar (dramatisch) ist. Bachner erläutert, dass die Schwelle von 33% an Intensivbetten von IntensivmedizinerInnen als kritische Marke definiert wurde. Diese ist in der Darstellung für alle Bundesländer gleich dargestellt und daher vergleichbar.

Ostermann erläutert, dass eine gänzliche Vergleichbarkeit nicht möglich ist, da kleinere Bundesländer generell keine Vollversorgung anbieten können. COVID-PatientInnen werden aber in der Regel wohnortnah versorgt, was hier konkret die Vergleichbarkeit erhöht.

Siebenhofer-Kroitzsch betont, dass heruntergebrochen auf 100.000 EinwohnerInnen die Dichte an zur Verfügung gestellten Betten in Wien geringer ist, als in den anderen Bundesländern, wobei sich die diesbezüglichen Ausführungen später auf einen Berechnungsfehler zurückführen lassen.

Der Vertreter aus Wien kann die geführte Diskussion anhand der konkreten Zahlen nicht nachvollziehen. Die Bettendichte in Vorarlberg und Oberösterreich ist seinen Berechnungen zufolge geringer als jene in Wien.

Bachner bestätigt abschließend, dass die Bettendichte Österreichweit regional und nach Fachgebiet unterschiedlich ist. Es wird bestätigt, dass Wien keinesfalls die geringste Bettendichte hat.

Der Vertreter aus Oberösterreich verweist darauf, dass Kapazitätsmeldungen lediglich den aktuellen Stand abbilden. In Ausnahmesituationen treten Notfallpläne in Kraft, die Umwidmungen möglich machen.

→ *siehe Anhang 6: TOP 4 Prognose*

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation und zum Status Quo der Varianten-Surveillance. Die 7-Tages-Inzidenz hat österreichweit die Marke von 190/100.000 überschritten, wobei die Lage zwischen den Bundesländern sehr heterogen ausgeprägt ist. Schmid hebt hervor, dass in allen Auswertungen der AGES nunmehr eine neue fünfte Phase der Pandemie ab Mitte Februar 2021 eingeführt wurde. Die Anzahl an Testungen ist seit KW 6 auf sehr hohem Niveau stabil. Die Positivrate hat im gleichen Zeitraum stetig leicht zugenommen. Daraus lässt sich ableiten, dass sich die Erhöhung der Fallzahl nicht auf die hohe Testfrequenz zurückführen lässt, sondern dass deren Einfluss vergleichsweise gering ist und mit rund 10 - 15 % angenommen wird.

Die Aufklärungsquote lag in den letzten Wochen bei über 80 %, in der laufenden Woche immerhin bei über 70 %. Die Fälle im Setting Alten-/Pflegeheim sind nach wie vor deutlich rückläufig. Bildungscluster treten scheinbar vermehrt auf, während die weiteren Settings weitgehend stabil bleiben. Der Anteil der Fälle bei über 85-Jährigen ist mit 1,6 % nunmehr sehr gering, der 14-Tages-Trend in dieser Altersgruppe ebenfalls rückläufig. Der Anteil der unter 25-Jährigen hat mit rund 30 % deutlich zugenommen. Es wird hervorgehoben, dass Einträge im Bildungsbereich nach wie vor primär über PädagogInnen erfolgen. Der Anteil von Clustern, die auf SchülerInnen zurückzuführen sind, nimmt ab. Die durchschnittliche Größe der Cluster im Bildungsbereich hat sich ebenfalls reduziert.

Der Schlussfolgerung eines rezenten Papers, wonach die britische Variante mit einer erhöhten Virulenz und case fatality risk ratio assoziiert ist, soll auch für Österreich nachgegangen werden. Erste dahingehende rein deskriptive Analysen zeigen tatsächlich leicht unterschiedliche Mortalitätsraten zwischen den Varianten in den Altersgruppen ab 65 Jahren.

Der Trend der 14-Tages-Inzidenz ist in allen Bundesländern mit Ausnahme von Vorarlberg (dort stabil) steigend, bei den über 65-Jährigen ist der Trend in Vorarlberg sinkend und in Oberösterreich, Salzburg und der Steiermark steigend und in den weiteren Bundesländern stabil. Sie betont, dass es sich hier um verschiedene Werte handelt, die unabhängig voneinander zu betrachten sind.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien, weshalb sich der Trend in der Altersgruppe über 65 Jahren anders entwickelt, führt Schmid aus, dass unterschiedliche Populationen betrachtet werden. Die Konstellationen der einzelnen Altersgruppen ergeben insgesamt den Gesamt-Trend. Die Entwicklung einzelner Altersgruppen kann dabei sehr heterogen ausgeprägt sein. Der Vertreter aus Wien hinterfragt Gründe für die sehr heterogenen Entwicklungen innerhalb derselben Altersgruppe zwischen den Bundesländern. Schmid führt aus, dass hier die Durchimpfungsrate in der betroffenen Altersgruppe sowie für ältere Kohorten insbesondere die auftretende Virusaktivität in Einrichtungen des Gesundheits-/Sozialbereiches Einfluss nimmt. Der Vertreter aus Oberösterreich betont, dass in seinem Bundesland lediglich Einzelfälle in Alten-/Pflegeheimen aufgetreten sind, in den gezeigten Vergleichswochen waren die Infektionszahlen äußerst gering, wodurch ein in absoluten Zahlen geringer Anstieg bereits einen prozentual hohen Trend ergibt.

Bundesweit geht die absolute Fallzahl im Bereich Gesundheit und Soziales nach wie vor zurück. Ein großer Teil der Infektionen in der Bevölkerungsgruppe über 65 Jahren wird nunmehr im Setting Haushalt erworben.

Schmid wiederholt, dass der bisherige Haupttyp bereits von der britischen Variante verdrängt wurde, die nunmehr österreichweit die dominante Variante darstellt. In Tirol zeigt sich entgegen des Bundestrends ein Rückgang der Variants of Concern, insbesondere der südafrikanischen Variante.

Der Vertreter aus Wien fasst zusammen, dass die Kernaussage der Präsentation aus seiner Sicht ist, dass die Variante B.1.1.7 tödlicher ist, als die anderen Varianten und dass sich dies bereits in den Zahlen abzeichnet. Schmid wiederholt, dass sich die britische Variante österreichweit zunehmend als dominante Variante durchsetzt. Eine Analyse von 40.000 PatientInnen in den UK, wonach die Mortalität bei der britischen Variante höher ist, gibt Anlass zur Sorge. Die aktuellen österreichischen Daten lassen hier noch keine definitiven Rückschlüsse zu. Man beobachtet aktuell eine anteilmäßige höhere Mortalität in höheren Altersgruppen, kann aber noch keine kausalen Schlüsse ziehen, da der Selection Bias noch zu hoch ist. Zudem fehlen Daten hinsichtlich Co-Morbiditäten.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet bezüglich der Suveillance, dass in ihrem Bundesland der Verdacht auf die brasilianische Variante bestätigt wurde. Eine Möglichkeit zur Ganzgenomsequenzierung direkt im Bundesland wäre aus ihrer Sicht zu begrüßen. Sie ersucht um eine diesbezügliche Finanzierungszusage durch den Bund. Herzog präzisiert, ob hier fremde Labore die Sequenzierungen gegen Kostenübernahme durchführen sollen, was von der Vertreterin aus Salzburg bestätigt wird. Herzog hält es nicht für sinnvoll, in den Bundesländern eigene Kapazitäten für Einzelfälle aufzubauen, vielmehr sollte hier auf bestehende Strukturen zurückgegriffen werden. Er sagt bilaterale Klärung mit Reich (BMSGPK) zu.

- ➔ *siehe Anhang 7: Ampel_slides_2021-03-11*
- ➔ *siehe Anhang 8: ue65_cluster_2021-03-10*

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs.

Die rohe 7-Tagse-Inzidenz im Burgenland liegt nach einem Anstieg von rund 12 % bei knapp 196/100.000 und damit klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Nur wenige Bezirke sind in der Inzidenz rückläufig, Jennersdorf hat die Marke von 400/100.000 überschritten.

Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet, dass bezüglich einer Abriegelung von Jennersdorf bis kommenden Montag entschieden werden soll, wobei ggf. nur zwei besonders betroffene Orte der Ausreisetestpflicht unterworfen werden sollen. Es treten nach wie vor zahlreiche Cluster im Bildungsbereich auf, daher wurden Impfungen für PädagogInnen vorgezogen und sollen bereits am kommenden Freitag beginnen. Beobachtet wird ein überproportionales Fallaufkommen bei OberstufenschülerInnen.

Herzog bestätigt, dass der Erlass des BMSGPK dem Land die Möglichkeit einräumt, eine etwaige Abriegelung kleinräumiger vorzunehmen.

Der Zuwachs in Kärnten betrug rund 11 % und die rohe Inzidenz liegt nunmehr bei 185/100.000 und damit auch klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Die Situation in Hermagor ist leicht rückläufig, die Inzidenz aber nach wie vor klar über 500/100.000.

Die Vertreterin aus Kärnten berichtet, dass sich das 11-Punkte-Programm in Hermagor nach wie vor in Umsetzung befindet. Zudem laufen die Vorbereitungen zur Bevölkerungsbefragung.

Die Situation in Niederösterreich ist nach einem Anstieg von 11 % mit einer rohen Inzidenz von 213/100.000 deutlich angespannt. Die Entwicklung ist heterogen, mehrere Bezirke haben die Schwelle von 250/100.000 überschritten.

Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet von den Ausreisetestungen in Wr. Neustadt Stadt, die ggf. in Kürze auf Wiener Neustadt Land ausgeweitet werden müssen, da auch dieser Bezirk steigenden Fallzahlen unterworfen ist.

Schmid berichtet, dass in Niederösterreich weiterhin vermehrt Cluster im Bildungsbereich auftreten. Anekdotisch wird von schlechter Compliance bis hin zu Quarantänebrechern berichtet.

Auch die Situation in Oberösterreich ist durch einen Anstieg von rund 19 % auf eine rohe Inzidenz von 170/100.000 gekennzeichnet, wobei die Entwicklung zwischen den Bezirken heterogen verläuft. Mehrere Bezirke weisen eine Inzidenz über 250/100.000 aus.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet aus Perg, dass hier ein großer Firmencluster aufgetreten ist, der auf Schulen übergegriffen hat. Man hofft durch gezieltes Contact Tracing langfristig auf eine Entspannung der Situation. In Braunau hofft man eine Stabilitätsphase bereits erreicht zu haben. Allgemein sieht man über das gesamte Bundesland hinweg zunehmend Fälle in Schulen. Die Situation in den Alten- und Pflegeheimen ist nach wie vor stabil, in den Krankenanstalten wurde ein merklicher Belagsanstieg verzeichnet. Der Anteil der Virusmutationen beträgt in vielen Regionen bereits deutlich über 90 %.

Salzburg zeichnet sich mit 29 % durch einen der höchsten Inzidenzanstiege im Bundesvergleich aus. Die rohe Inzidenz beträgt nunmehr 250/100.000 und ist damit weit im Bereich des sehr hohen Risikos. Auffallend sind neben Sankt Johann im Pongau nunmehr wieder Tamsweg und Salzburg Umgebung.

Die Vertreterin aus Salzburg bestätigt die Ausführungen. Sie berichtet, dass die Fälle zum überwiegenden Teil der neuen Virusvariante zuzurechnen sind. Die Compliance der Bevölkerung ist teilweise sehr schlecht. Verkehrsbeschränkungen unter 10-Jähriger im Bildungsbereich und deren Kontrollen sollen verschärft werden.

Schmid führt aus, dass die aktuellen Maßnahmen im Bildungsbereich (insbesondere die vermehrte Testung von PädagogInnen) dazu führen sollen, dass keine Cluster im Schulbereich auftreten.

Der Vertreter des Bildungsministeriums ersucht um zeitgerechte Information, falls es hier zu einer Änderung der Vorgaben kommt, um entsprechende Dokumente und Informationen anpassen zu können. Reich sagt Prüfung und Abstimmung zu und merkt an, dass dieses Thema in der LSD-Runde platziert werden sollte.

Der Inzidenzanstieg in der Steiermark war mit rund 7 % vergleichsweise gering. Die rohe Inzidenz liegt nun bei 167/100.000. Auch hier ist die Lage heterogen, während im Zentralraum Graz die Inzidenz eher rückläufig ist, verzeichnen die ländlicheren Regionen teils deutliche Anstiege. Der Bezirk Weiz nähert sich der Marke von 400/100.000.

Die Vertreterin aus der Steiermark berichtet, dass eine eigene Arbeitsgruppe die Situation in Weiz genau beobachtet. Die Testkapazität wird hier erhöht und das Contact-Tracing intensiviert. Schwerpunkttestungen in besonders betroffenen Gemeinden werden durchgeführt. Es sind auch hier Cluster im Bildungsbereich aufgetreten, eine Schule in Gleisdorf musste gänzlich geschlossen werden. Auch hier wird von immer schlechterer Compliance der Bevölkerungen berichtet, insbesondere auch in Hinblick auf die Bekanntgabe von Kontaktpersonen. Impfungen für das Bildungspersonal sind für den 19. und 20.3. avisiert.

Schmid berichtet von insgesamt 14 Bildungsclustern in der Steiermark. Erfreulich ist der deutliche Rückgang von Clustern in Alten- und Pflegeheimen.

Die Situation in Tirol ist weitgehend stabil, die Inzidenz liegt bei 103/100.000 und damit nur mehr geringfügig über der Marke von 100/100.000. Einzelne Bezirke, wie z.B. Reutte entwickeln sich deutlich positiv. In Lienz hingegen liegt die Inzidenz bei 367/100.000 bei steigendem Trend.

Der Vertreter aus Tirol führt aus, dass vor dem Hintergrund der Virusvariantenverordnung auch Fälle durch getestete LKW-Fahrer verzeichnet wurden. In jenen zwei Gemeinden, mit der dynamischsten Entwicklung, wird weiterhin eine Ausreisetestverpflichtung verhängt. Die Lage in Lienz ist durchaus bedenklich, aufgrund der geografischen Lage wird hier aber eine bezirksweise Ausreisetestverpflichtung für nicht zielführend erachtet, sondern sollte kleinräumiger erfolgen.

Die Situation in Vorarlberg wurde bereits unter TOP 3 ausgeführt. Die rohe Inzidenz liegt hier bei 77/100.000 und damit nach wie vor im Bereich des hohen Risikos. Auffällig ist lediglich die Situation im Großen Walsertal mit einer Inzidenz von 643/100.000.

Der Vertreter aus Vorarlberg schließt sich den Ausführungen an.

Die Situation in Wien ist durch einen Anstieg von 22 % auf eine rohe 7-Tages-Inzidenz von 227/100.000 gekennzeichnet und liegt damit klar im Bereich des sehr hohen Risikos.

Der Vertreter aus Wien hebt hervor, dass die Aufklärungsquote trotz der steigenden Fallzahlen mit 69 % nach wie vor erfreulich hoch ist. Die spezifisch für den 9. Bezirk verzeichnete Inzidenz von über 400/100.000 ist auf eine fehlerhafte Fallzuordnung seitens der AGES zurückzuführen, was sich laut Schmid bereits in Behebung befindet.

Reich hinterfragt den plötzlichen sprunghaften Anstieg von Fällen der südafrikanischen Variante in Wien. Dieser ist gemäß den Ausführungen der Vertreterin aus Wien zum Teil auf Nachmeldungen zurückzuführen. Teilweise handelt es sich darüber hinaus um Sekundärfälle von Familienclustern.

Die vorbereitete und gestern ausgeschickte Beschlussgrundlage wird aufgerufen. Es gibt keine Korrekturen oder Änderungswünsche seitens der Kommissionsmitglieder.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Bundesland: Vorarlberg

Risikostufe: hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Der vorab ausgeschickte Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich wird aufgerufen. Dieser wurde in der Pause analog der heutigen Diskussion um einen Passus in Hinblick auf Besuchsregelungen im Spitalsbereich ergänzt, der an alle Kommissionsmitglieder ausgeschickt wurde.

Bericht Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Bericht einstimmig angenommen

Der Bericht wird an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt und auf der Ampel-Website veröffentlicht.

→ *siehe Anhang 9: Lageeinschätzung 11.03.2021_finale Fassung*

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Die Ausführungen sind weitgehend deckungsgleich zu den Textierungen im Bericht. Es wird wieder ausgewiesen, wie viele Bezirke in Summe in der rohen Inzidenz unter 50/100.000 bzw. 100/100.000 liegen, wobei deren Anzahl konstant geblieben ist.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschöber noch heute an die APA und anschließend an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt.

→ *siehe Anhang 10: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_11032021_APA*

5. Allfälliges

Stand der Teststrategie in Österreich

Reich referiert die heute publizierte Teststrategie, die im Wesentlichen auf 3 Säulen fußt:

1. Behördlich veranlasste Testungen
2. Spezifische Screeningprogramme
3. Bevölkerungsweite Screeningprogramme

Sie führt aus, dass im dritten Punkt noch kein Bezug auf die Modellregion Vorarlberg genommen wurde. Das Thema der Selbsttests wird dort aktuell erprobt und erst bei einer österreichweiten Ausrollung werden etwaige neue Aspekte aufgenommen. Sie ersucht, bei Ausführungen zum Testregime das Wording der Teststrategie zu verwenden.

Goldstandard bei Testungen ist nach wie vor der Nasopharyngealabstrich und es wird ersucht, diese Teststrategie möglichst nicht aufzuweichen.

Reich betont, dass Überlegungen dahingehend angestellt werden, bevölkerungsweite Screeningprogramme möglichst personalunabhängig umzusetzen. Dies auch vor dem Hintergrund,

zunehmend Personal für Impfungen abstellen zu können. Es gibt bereits sehr konkrete Überlegungen und Diskussionen, wie das Thema Testen dahingehend neu aufgestellt werden kann. Diverse Begehrlichkeiten von Firmen sind bekannt, es wird hier aber um Zurückhaltung ersucht.

Ein eigenes Kapitel der Teststrategie widmet sich der Virussequenzierung und dem Mutationsmonitoring.

Der Vertreter aus Wien bedankt sich für die Ausführungen, er hinterfragt die Verfügbarkeit des gezeigten Dokumentes. Reich betont, dass die Teststrategie bereits auf der Website des BMSGPK veröffentlicht wurde (https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:6f6d7b10-0499-47f8-bf76-a93f521131ab/Oesterreichische_Teststrategie_SARS-CoV-2_11.03.21_final.pdf).

Herzog sagt zu, die Teststrategie sowie das in der Kommission am 3. Dezember verfasste Papier zu Testungen an die Kommissionsmitglieder auszusenden. Letzteres kann und soll ggf. vor dem Hintergrund der geänderten Situation adaptiert werden.

Erlass betreffend der Maßnahmen in Hochinzidenzgebieten

Reich berichtet, dass zum Erlass mehrere Rückmeldungen seitens der Länder eingegangen sind. Es sei demzufolge schwierig, die gesetzten Maßnahmen so lange aufrecht zu halten, bis die 7-Tages-Inzidenz zumindest 10 Tage unter 200 liegt. Sie betont, dass keine hermetische Abriegelung von Gebieten, sondern vielmehr stichprobenartige Kontrollen der betroffenen Gebiete gefordert sind. Herzog ergänzt, dass die Intensität von Kontrollen bei guter Entwicklung verringert werden kann, die Testverpflichtung per se aber beibehalten werden sollte, um die Nachhaltigkeit sicherzustellen.

Herzog wiederholt darüber hinaus in Hinblick auf die heutigen Ausführungen des Vertreters aus dem Burgenland zum Bezirk Jennersdorf, dass Maßnahmen auch regional beschränkt angewandt werden können. Dies soll die Flexibilität vor Ort erhöhen.

Der Vertreter aus Wien führt aus, dass hier eine Testverpflichtung nur dann gegeben ist, wenn das Gebiet verlassen wird. Dies wird von Herzog bestätigt. Er führt aus, dass aus diesem Grund eine kleinräumigere Anwendung sinnvoll sein kann.

Vorbereitung auf die Osterfeiertage und deren Auswirkungen auf die Epidemie

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass es im Zuge der letzten Schulferien stets zu entsprechenden Verwandtenbesuchen und damit einhergehenden Reisebewegungen gekommen ist. Es stellt sich die Frage, wie vor dem Hinblick der aktuellen Lage mit dieser Situation umgegangen werden soll, die gegebenenfalls zu einem weiteren Anstieg der Inzidenz führen wird.

Herzog bedankt sich für diesen Input und schlägt vor, die aufgeworfene Problematik in die jeweils montags stattfindenden politischen Abstimmungen einzubringen. Gerne werden diesbezügliche Stellungnahmen aus den Ländern in den nächsten 48 Stunden entgegengenommen.

Das Thema soll zudem in der nächsten Woche nochmals von der Kommission aufgegriffen werden.

Geimpfte und Genesene

Der Vertreter aus Wien verweist auf eine der letzten Sitzungen, in der die Frage Klassifikation von K1-Personen bei Impfungen thematisiert wurde. Dieselbe Problemstellung stellt sich für genesene Personen und es kann nicht nachvollzogen werden, ob es nun zu einer Gleichstellung der beiden Gruppen kommt bzw. kommen soll.

Reich führt aus, dass das Thema des Umgangs mit Geimpften und Genesenen in einer eigenen Arbeitsgruppe behandelt wird und es noch keine finalen Regelungen gibt.

Sorgenhotline Wien

Der Vertreter aus Wien berichtet von einer zunehmenden Inanspruchnahme der so genannten Sorgenhotline. Dies erfolgt scheinbar auf Empfehlung von Bundesinstitutionen. Er hält fest, dass die Sorgenhotline nur für BürgerInnen Wiens eingerichtet wurde.

6. Weitere Vorgehensweise

- 30. Sitzung mit Empfehlung: 18.03.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

29. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 11.03.2021, 14:00-18:10

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 29. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 11032021_Anwesenheitsliste_29. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 19 von 20 stimmberechtigten Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 28. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 28. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 04032021_Corona Kommission_28. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Im TOP 5 soll unter Allfälliges kurz auf den rezenten Erlass für Gemeinden mit Inzidenzen über 400/100.000 eingegangen werden.

Der Vertreter aus Wien ersucht im selben TOP um eine Reflexion hinsichtlich des Umganges mit den nahenden Osterfeiertagen und deren Auswirkungen auf die Pandemie.

3. Berichte

Ergebnis der Anhörungen zur 3. und 4. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung

Im Zuge der Anhörung zur 3. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung sind 3 Stellungnahmen von Aberle, BMJ und dem Land Wien eingegangen, die dokumentiert wurden.

→ siehe Anhang 3: 3. Novelle 4. SchuMaV_Rückmeldungen_05032021

Im Zuge der Anhörung zur 4. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung sind 4 Stellungnahmen von BMKOES, BMAFJ, dem Land Wien und Herzog (BMSGPK) eingegangen, die dokumentiert wurden.

→ siehe Anhang 4: 4. Novelle 4. SchuMaV_Rückmeldungen_10032021

D'Orlando (BMSGPK) berichtet zu Inhalten der 4. Novelle zur 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung. Es sind Lockerungen im Sportbereich für Kinder und Jugendliche bis

18 Jahren mit Gruppengrößen bis zu 10 Personen plus Betreuungsperson vorgesehen. Analoge Lockerungen sind in der außerschulischen Jugendbetreuung geplant.

Zudem sind spezifische Lockerungen für das Bundesland Vorarlberg aufgenommen worden. Veranstaltungen sind für bis zu 100 Personen möglich, wobei das Veranstaltungsende jeweils mit 19 Uhr anzusetzen wäre. Weitere Lockerungen betreffen die Gastronomie. In beiden Bereichen sind Kontaktinformationen zu erheben und aufzubewahren. Die in der Verordnung verhängten Ausgangsbeschränkungen müssen wie bislang alle 10 Tage verlängert werden.

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass zur Novelle ausreichend und umfangreich Stellung genommen wurde. Er verweist darauf, dass die aktuelle Besuchsregelung in Alten- und Pflegeheimen nicht jener in Spitälern entspricht und hinterfragt, ob die Regelungen so beibehalten werden sollen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass PatientInnen in Krankenanstalten in der Regel nicht geimpft sind. D'Orlando repliziert, dass hier keine Änderung avisiert ist, zumal die derzeitigen Änderungen erst vor Kurzem eingeführt wurden.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) fragt nach, ob die aktuelle epidemiologische Situation oder der Zeitpunkt des Erlasses einer Verordnung im Vordergrund stehen. Herzog erwidert, dass die Kommission bereits dahingehend Stellung genommen hat, dass ab einer bundesweiten Inzidenz von über 200/100.000 keine neuen Lockerungen erlassen, sondern gegebenenfalls bereits gesetzte Lockerungen überdacht werden müssen. Er fasst zusammen, dass die konkrete Sorge dem Spitalsbereich gilt, was vom stellvertretenden Mitglied aus Wien (Dr. Binder) bestätigt wird.

Der Vertreter aus Oberösterreich schließt sich den vom Vertreter und stellvertretenden Mitglied aus Wien (Dr. Binder) geäußerten Bedenken an.

D'Orlando berichtet weiter von den umfangreichen Stellungnahmen zu den Novellen zum Epidemiegesetz und COVID-19-Maßnahmengesetz, die aktuell bestmöglich eingearbeitet werden. Hauptkritikpunkte betreffen die Veranstaltungsregeln, die nunmehr als Zusammenkunftsregeln dargestellt und in das COVID-19-Maßnahmengesetz überführt werden sollen. Minderjährige Kinder sollen von der Höchstpersonenanzahl ausgenommen und Strafbestimmungen ebenfalls in das COVID-19-Maßnahmengesetz überführt werden.

Hinsichtlich des COVID-19-Maßnahmengesetzes stehen primär die Passagen zu Ausgangsregelungen in Diskussion. Ob eine unkontrollierte Verbreitung als Begründung aufrechterhalten wird, ist noch in Diskussion. Die Möglichkeit eingeschränkter Ausgangsregelungen soll beibehalten werden.

Der Vertreter aus Wien führt an, dass eine etwaige Meldepflicht von Veranstaltungen ab 4 Personen behördlich nicht bewältigbar sei. Es ist hier auf die Machbarkeit in der Praxis Bedacht zu nehmen.

D'Orlando führt aus, dass nicht vorgesehen war, derartige private Veranstaltungen einer Meldepflicht zu unterwerfen. Die diesbezüglichen Bedenken werden berücksichtigt.

Pilotregion Vorarlberg (Epidemiologische Lage in Vorarlberg und Bericht zum Pilotprojekt)

Herzog wiederholt, dass in der letzten Novelle der COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung die Möglichkeit für Lockerungen für das Bundesland Vorarlberg geschaffen wurde.

Bachner referiert die aktuelle Lage sowie die Prognose für das Bundesland Vorarlberg. Er führt aus, dass die Fallentwicklung in Vorarlberg in der letzten Prognose etwas überschätzt wurde. Die tatsächliche Entwicklung in Vorarlberg folgte nicht jener in den anderen Bundesländern, daher wurde die Situation spezifisch für Vorarlberg nochmals neu bewertet. Es wird darauf hingewiesen, dass das R_{eff} auch in Vorarlberg über 1 liegt, was sich in einem stetigen leichten Anstieg der Fallzahlen

manifestiert. Mitte nächster Woche wird eine Inzidenz von 88/100.000 prognostiziert. Die mit gewissen Unsicherheiten behafteten Langfrist-Prognosen gehen von einer Inzidenz um 150/100.000 bis Mitte April aus.

Der ICU-Belag in Vorarlberg ist aktuell auf geringem Niveau stabil, was möglicherweise auf die vergleichsweise hohe Durchimpfung kritischer Altersgruppen zurückzuführen ist. Entgegen dem bundesweiten Trend kam es in Vorarlberg zu keinen signifikanten Zuwächsen der Variants of Concern. Der Unterschied des R_{eff} zwischen Wildvariante und Variants of Concern ist in Vorarlberg nicht signifikant. Auch hinsichtlich der berechneten Szenarien befindet sich Vorarlberg im Gegensatz zum Rest Österreichs eher im Bereich best-case- oder baseline-Szenario.

Der Vertreter aus Vorarlberg bestätigt, dass die Situation in seinem Bundesland derzeit relativ stabil ist. Dies wird zumindest teilweise mit der regionalen „Abschottung“ in Richtung Tirols bzw. ins benachbarte Ausland begründet. Der Anteil der Variants of Concern ist derzeit sogar rückläufig. Die Impfbedeckung der 65- bis 80-Jährigen mit hohem klinischen Risiko beträgt ca. 10,4 %. Bei jenen mit hohem klinischen Risiko unter 65 Jahren immerhin über 3 %. Die Impfbedeckung der impfbaren Bevölkerung liegt bei 11 %. Besorgnis besteht dahingehend, dass sich zu wenige Menschen zur Impfung anmelden, da derzeit nur 21 % den Gruppen Geimpfte bzw. Angemeldete zuzurechnen sind. Vorarlberg hält keinen Impfstoff vor, es wird sämtlicher verfügbarer Impfstoff unmittelbar verimpft.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) fragt nach, welche Phänomene dazu beitragen bzw. beigetragen haben, dass es zu einem Sistieren der Infektionsraten in Vorarlberg gekommen ist.

Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) ersucht darüber hinaus um ein Stimmungsbild aus der Bevölkerung in Vorarlberg und über Informationen, wie die Bevölkerung in Bezug auf die aktuellen Schritte informiert wird. Zudem hinterfragt sie Regelungen hinsichtlich der Ein- und Ausreise und ersucht um Präzisierung der positivity rate.

Der Vertreter aus Vorarlberg konkretisiert, dass die positivity rate seit rund 21 Tagen zwischen 3 und 4 % liegt. Er verweist in Hinblick auf Reisebewegungen auf die aktuell gültigen Bundesvorgaben. PendlerInnen im grenzüberschreitenden Verkehr müssen sich registrieren und es sind negative Tests bei Einreise vorzuweisen. Annähernd dieselben Regelungen galten bislang für Tirol (Testverpflichtung). Flugverkehr nach Wien findet im Moment nicht statt.

Darüber hinaus berichtet der Vertreter aus Vorarlberg, dass die Anforderungen in Hinblick auf Testungen ohne Widerstand aufgenommen werden. Kleinere Demonstrationen finden zwar statt, es sind aber darüber hinaus keine größeren Probleme in Hinblick auf die Akzeptanz der Regelungen bekannt. Die Zutrittschürden zur Gastronomie werden als eher hoch beschrieben, wodurch mit keiner großen Transmission in diesem Bereich gerechnet wird.

Schmid führt hinsichtlich der Frage des stellvertretenden Mitglieds aus Wien (Dr. Binder) aus, dass sich das beobachtete Phänomen in Vorarlberg evolutionsbiologisch nicht erklären lässt. Vermutet wird, dass die etwas später etablierte PCR-Surveillance von Kontaktpersonen möglicherweise künftig zu einer stärkeren Erfassung führen wird. Im besten Fall könnten die relativ strikten Maßnahmen dazu beitragen, die Verbreitung der Variants of Concern weiter einzudämmen. Ein Vergleich mit Deutschland ist aus ihrer Sicht nicht zulässig, da die Varianten-Surveillance dort nicht vergleichbar etabliert ist.

Bachner ergänzt, dass die benachbarte Schweiz und angrenzende deutsche Regionen ebenfalls eher niedrige Inzidenzen aufweisen und dass die wirtschaftlichen Verflechtungen in diese Gebiete zum Teil höher sind als jene in Richtung Tirol. Vermutet wird aber, dass sich auch in Vorarlberg die neuen Virusvarianten zunehmend durchsetzen werden.

Herzog fasst zusammen, dass die epidemiologische Situation in Vorarlberg aktuell durchaus positiv zu bewerten ist. Auch die Auslastungssituation im stationären Bereich ist aktuell im Bereich des geringen Risikos. Der Fortschritt bei den Impfungen ist in Vorarlberg vergleichsweise gut. Es wird vor dem Hintergrund des Risikomanagements aber sehr genau zu beobachten sein, wie sich die Situation in Vorarlberg weiterentwickelt. Bei im Zuge des Monitorings wahrgenommenen Veränderungen der Lage ist die Situation neu zu bewerten. Herzog betont in diesem Zusammenhang die Sorgfaltspflicht.

Internationale Lage

Strauß (BMSGPK) reflektiert kurz die internationale Situation in Hinblick auf Inzidenzen und die Verbreitung von Variants of Concern. Zudem referiert sie das unlängst vom RKI präsentierte Stufenkonzept „ControlCOVID“. Dem Konzept liegen 3 Intensitätsstufen zugrunde, die anhand definierter Leit- und Hilfsindikatoren ermittelt werden. Den jeweiligen Stufen sind gewisse Maßnahmen zugeordnet.

Abschließend gibt Strauß einen kurzen Einblick in die von der GÖG erstellte Übersicht zu aktuellen Maßnahmen in den Nachbarstaaten. Es werden zunehmend Informationen zum Umgang mit Geimpften und Genesenen bekannt.

➔ *siehe Anhang 5: TOP 3_Corona Kommission 11_3_2021 Strauss_Mayrhofer*

Der Vertreter aus Vorarlberg weist in Hinblick auf das deutsche Stufenmodell drauf hin, dass die dort definierten Inzidenzgrenzen aus seiner Sicht insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Verbreitung von Virusvarianten utopisch sind. Er hebt hervor, dass in östlichen Staaten trotz teilweise drakonischer Maßnahmen die Inzidenzen sehr hoch sind.

Siebenhofer-Kroitzsch reflektiert Möglichkeiten der Corona-Kommission. Sie verweist auf die diesbezügliche Diskussion Anfang des Jahres in Hinblick auf Maßnahmen, die nur geringe Infektionstreiber sind. Es ist aus ihrer Sicht nicht nachvollziehbar, inwiefern zahlreiche weitere Arbeiten in dieser Hinsicht Niederschlag gefunden haben und sie ersucht um eine Diskussion zu diesen Aspekten.

Herzog verweist auf eine vor wenigen Wochen erstellte Gegenüberstellung, welche Empfehlungen bzw. Diskussionen der Kommission ihren Niederschlag in der Umsetzung gefunden haben. Diese soll aktualisiert und im Vorfeld der nächsten Sitzung an die Mitglieder der Kommission ausgesendet werden. Er reflektiert, dass der Politik ein gewisser Entscheidungsspielraum bei der konkreten Umsetzung von Maßnahmen obliegt und auch obliegen soll. Empfehlungen der Kommission werden aber in die jeweiligen Entscheidungsprozesse eingebracht. Die Tätigkeit der Kommission ist als rollierendes Verfahren zu sehen.

Ostermann (GÖG) ergänzt, dass die avisierte Übersicht als lebendes Dokument zu erachten ist, das gerne von den Mitgliedern ergänzt werden kann.

Der Vertreter aus Wien nimmt Bezug auf die Wortmeldung des Vertreters aus Vorarlberg und weist darauf hin, dass in der Slowakei trotz rigidester Maßnahmen die dritte Welle nicht gebrochen werden konnte. Sehr ähnlich ist die Situation in Tschechien. Er hebt die Bedeutung des richtigen Zeitpunktes für das Setzen von Maßnahmen hervor, um eine etwaige dritte Welle zeitgerecht abfangen zu können. Es scheint noch zu früh, die gänzlichen Auswirkungen der Lockerungen vom 1.3. abzuschätzen.

Herzog betont, dass die Empfehlung der Kommission, ab einer bundesweiten Inzidenz von über 200/100.000 Lockerungen zu reflektieren oder gegebenenfalls auch zurückzunehmen aufrecht bleibt. Zudem ist eine laufende Evaluierung vereinbart.

Stand der Teststrategie in Österreich

verschoben auf TOP 5

4. Einschätzung der aktuellen Risikolage für Österreich

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Er betont, dass sich das für Vorarlberg recht positiv gezeichnete Bild nicht auf ganz Österreich übertragen lässt. Für die kommende Woche wird mit weiter steigenden Fallzahlen gerechnet, wobei von rund 2.900 Fällen/Tag ausgegangen wird. Die 7-Tages-Inzidenz per 17.3. wird mit 235/100.000 erwartet. Die Situation ist zwischen den Bundesländern stark heterogen, es zeigen sich zahlreiche lokale Hot-Spots.

Die Verbreitung der Variants of Concern schreitet weiter voran. In den meisten Bundesländern sind diese zur dominanten Variante geworden (im Burgenland bereits über 95 %). Die Kapazitätsvorschau sieht in Wien eine Überschreitung der Auslastungsgrenzen von 33 % COVID-Belag an der ICU-Gesamtkapazität bis zum 24.3. voraus. In weiteren Bundesländern (B, NÖ) ist eine Überschreitung dieser Grenze innerhalb des 68%-Konfidenzintervalls möglich. Es wird den genannten Bundesländern empfohlen, entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

Ein neuerliches Update der modellierten Szenarien anhand der realen Entwicklung bestätigt, dass der aktuelle Verlauf weitgehend dem prognostizierten Worst-Case-Szenario entspricht. Dies sowohl in Bezug auf Inzidenz, als auch in Hinblick auf den ICU-Belag.

Der Vertreter aus Vorarlberg fragt nach, wann mit einem Update der zugrunde liegenden modellierten Szenarien zu rechnen ist. Bachner führt aus, dass die Szenarien jederzeit neu gerechnet werden können, wobei mit keinen wesentlichen Änderungen zu rechnen ist. Erwünscht war grundlegend eine Verfolgung der aktuellen Situation vor dem Hintergrund der Modellierungen, um deren Treffgenauigkeit nachzuverfolgen. Für die Sitzung kommende Woche soll ein Update erstellt werden.

Siebenhofer-Kroitzsch verweist auf die nach wie vor unterschiedliche Intensivbettendichte, die sich in der Darstellung der Kapazitätsvorschau Intensivpflege der Bundesländer manifestiert. Sie fragt nach, ob vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Skalierungen und der zugrunde liegenden variablen Kapazitätsmeldungen die Situation in den Bundesländern überhaupt vergleichbar (dramatisch) ist. Bachner erläutert, dass die Schwelle von 33% an Intensivbetten von Intensivmedizinern als kritische Marke definiert wurde. Diese ist in der Darstellung für alle Bundesländer gleich dargestellt und daher vergleichbar.

Ostermann erläutert, dass eine gänzliche Vergleichbarkeit nicht möglich ist, da kleinere Bundesländer generell keine Vollversorgung anbieten können. COVID-PatientInnen werden aber in der Regel wohnortnah versorgt, was hier konkret die Vergleichbarkeit erhöht.

Siebenhofer-Kroitzsch betont, dass heruntergebrochen auf 100.000 EinwohnerInnen die Dichte an zur Verfügung gestellten Betten in Wien geringer ist, als in den anderen Bundesländern, wobei sich die diesbezüglichen Ausführungen später auf einen Berechnungsfehler zurückführen lassen.

Der Vertreter aus Wien kann die geführte Diskussion anhand der konkreten Zahlen nicht nachvollziehen. Die Bettendichte in Vorarlberg und Oberösterreich ist seinen Berechnungen zufolge geringer als jene in Wien.

Bachner bestätigt abschließend, dass die Bettendichte Österreichweit regional und nach Fachgebiet unterschiedlich ist. Es wird bestätigt, dass Wien keinesfalls die geringste Bettendichte hat.

Der Vertreter aus Oberösterreich verweist darauf, dass Kapazitätsmeldungen lediglich den aktuellen Stand abbilden. In Ausnahmesituationen treten Notfallpläne in Kraft, die Umwidmungen möglich machen.

→ *siehe Anhang 6: TOP 4 Prognose*

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation und zum Status Quo der Varianten-Surveillance. Die 7-Tages-Inzidenz hat österreichweit die Marke von 190/100.000 überschritten, wobei die Lage zwischen den Bundesländern sehr heterogen ausgeprägt ist. Schmid hebt hervor, dass in allen Auswertungen der AGES nunmehr eine neue fünfte Phase der Pandemie ab Mitte Februar 2021 eingeführt wurde. Die Anzahl an Testungen ist seit KW 6 auf sehr hohem Niveau stabil. Die Positivrate hat im gleichen Zeitraum stetig leicht zugenommen. Daraus lässt sich ableiten, dass sich die Erhöhung der Fallzahl nicht auf die hohe Testfrequenz zurückführen lässt, sondern dass deren Einfluss vergleichsweise gering ist und mit rund 10 - 15 % angenommen wird.

Die Aufklärungsquote lag in den letzten Wochen bei über 80 %, in der laufenden Woche immerhin bei über 70 %. Die Fälle im Setting Alten-/Pflegeheim sind nach wie vor deutlich rückläufig. Bildungscluster treten scheinbar vermehrt auf, während die weiteren Settings weitgehend stabil bleiben. Der Anteil der Fälle bei über 85-Jährigen ist mit 1,6 % nunmehr sehr gering, der 14-Tages-Trend in dieser Altersgruppe ebenfalls rückläufig. Der Anteil der unter 25-Jährigen hat mit rund 30 % deutlich zugenommen. Es wird hervorgehoben, dass Einträge im Bildungsbereich nach wie vor primär über PädagogInnen erfolgen. Der Anteil von Clustern, die auf SchülerInnen zurückzuführen sind, nimmt ab. Die durchschnittliche Größe der Cluster im Bildungsbereich hat sich ebenfalls reduziert.

Der Schlussfolgerung eines rezenten Papers, wonach die britische Variante mit einer erhöhten Virulenz und case fatality risk ratio assoziiert ist, soll auch für Österreich nachgegangen werden. Erste dahingehende rein deskriptive Analysen zeigen tatsächlich leicht unterschiedliche Mortalitätsraten zwischen den Varianten in den Altersgruppen ab 65 Jahren.

Der Trend der 14-Tages-Inzidenz ist in allen Bundesländern mit Ausnahme von Vorarlberg (dort stabil) steigend, bei den über 65-Jährigen ist der Trend in Vorarlberg sinkend und in Oberösterreich, Salzburg und der Steiermark steigend und in den weiteren Bundesländern stabil. Sie betont, dass es sich hier um verschiedene Werte handelt, die unabhängig voneinander zu betrachten sind.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien, weshalb sich der Trend in der Altersgruppe über 65 Jahren anders entwickelt, führt Schmid aus, dass unterschiedliche Populationen betrachtet werden. Die Konstellationen der einzelnen Altersgruppen ergeben insgesamt den Gesamt-Trend. Die Entwicklung einzelner Altersgruppen kann dabei sehr heterogen ausgeprägt sein. Der Vertreter aus Wien hinterfragt Gründe für die sehr heterogenen Entwicklungen innerhalb derselben Altersgruppe zwischen den Bundesländern. Schmid führt aus, dass hier die Durchimpfungsrate in der betroffenen Altersgruppe sowie für ältere Kohorten insbesondere die auftretende Virusaktivität in Einrichtungen des Gesundheits-/Sozialbereiches Einfluss nimmt. Der Vertreter aus Oberösterreich betont, dass in seinem Bundesland lediglich Einzelfälle in Alten-/Pflegeheimen aufgetreten sind, in den gezeigten Vergleichswochen waren die Infektionszahlen äußerst gering, wodurch ein in absoluten Zahlen geringer Anstieg bereits einen prozentual hohen Trend ergibt.

Bundesweit geht die absolute Fallzahl im Bereich Gesundheit und Soziales nach wie vor zurück. Ein großer Teil der Infektionen in der Bevölkerungsgruppe über 65 Jahren wird nunmehr im Setting Haushalt erworben.

Schmid wiederholt, dass der bisherige Haupttyp bereits von der britischen Variante verdrängt wurde, die nunmehr österreichweit die dominante Variante darstellt. In Tirol zeigt sich entgegen des Bundestrends ein Rückgang der Variants of Concern, insbesondere der südafrikanischen Variante.

Der Vertreter aus Wien fasst zusammen, dass die Kernaussage der Präsentation aus seiner Sicht ist, dass die Variante B.1.1.7 tödlicher ist, als die anderen Varianten und dass sich dies bereits in den Zahlen abzeichnet. Schmid wiederholt, dass sich die britische Variante österreichweit zunehmend als dominante Variante durchsetzt. Eine Analyse von 40.000 PatientInnen in den UK, wonach die Mortalität bei der britischen Variante höher ist, gibt Anlass zur Sorge. Die aktuellen österreichischen Daten lassen hier noch keine definitiven Rückschlüsse zu. Man beobachtet aktuell eine anteilmäßige höhere Mortalität in höheren Altersgruppen, kann aber noch keine kausalen Schlüsse ziehen, da der Selection Bias noch zu hoch ist. Zudem fehlen Daten hinsichtlich Co-Morbiditäten.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet bezüglich der Suveillance, dass in ihrem Bundesland der Verdacht auf die brasilianische Variante bestätigt wurde. Eine Möglichkeit zur Ganzgenomsequenzierung direkt im Bundesland wäre aus ihrer Sicht zu begrüßen. Sie ersucht um eine diesbezügliche Finanzierungszusage durch den Bund. Herzog präzisiert, ob hier fremde Labore die Sequenzierungen gegen Kostenübernahme durchführen sollen, was von der Vertreterin aus Salzburg bestätigt wird. Herzog hält es nicht für sinnvoll, in den Bundesländern eigene Kapazitäten für Einzelfälle aufzubauen, vielmehr sollte hier auf bestehende Strukturen zurückgegriffen werden. Er sagt bilaterale Klärung mit Reich (BMSGPK) zu.

- ➔ *siehe Anhang 7: Ampel_slides_2021-03-11*
- ➔ *siehe Anhang 8: ue65_cluster_2021-03-10*

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs.

Die rohe 7-Tagse-Inzidenz im Burgenland liegt nach einem Anstieg von rund 12 % bei knapp 196/100.000 und damit klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Nur wenige Bezirke sind in der Inzidenz rückläufig, Jennersdorf hat die Marke von 400/100.000 überschritten.

Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet, dass bezüglich einer Abriegelung von Jennersdorf bis kommenden Montag entschieden werden soll, wobei ggf. nur zwei besonders betroffene Orte der Ausreisetestpflicht unterworfen werden sollen. Es treten nach wie vor zahlreiche Cluster im Bildungsbereich auf, daher wurden Impfungen für PädagogInnen vorgezogen und sollen bereits am kommenden Freitag beginnen. Beobachtet wird ein überproportionales Fallaufkommen bei OberstufenschülerInnen.

Herzog bestätigt, dass der Erlass des BMSGPK dem Land die Möglichkeit einräumt, eine etwaige Abriegelung kleinräumiger vorzunehmen.

Der Zuwachs in Kärnten betrug rund 11 % und die rohe Inzidenz liegt nunmehr bei 185/100.000 und damit auch klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Die Situation in Hermagor ist leicht rückläufig, die Inzidenz aber nach wie vor klar über 500/100.000.

Die Vertreterin aus Kärnten berichtet, dass sich das 11-Punkte-Programm in Hermagor nach wie vor in Umsetzung befindet. Zudem laufen die Vorbereitungen zur Bevölkerungsbefragung.

Die Situation in Niederösterreich ist nach einem Anstieg von 11 % mit einer rohen Inzidenz von 213/100.000 deutlich angespannt. Die Entwicklung ist heterogen, mehrere Bezirke haben die Schwelle von 250/100.000 überschritten.

Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet von den Ausreisetestungen in Wr. Neustadt Stadt, die ggf. in Kürze auf Wiener Neustadt Land ausgeweitet werden müssen, da auch dieser Bezirk steigenden Fallzahlen unterworfen ist.

Schmid berichtet, dass in Niederösterreich weiterhin vermehrt Cluster im Bildungsbereich auftreten. Anekdotisch wird von schlechter Compliance bis hin zu Quarantänebrechern berichtet.

Auch die Situation in Oberösterreich ist durch einen Anstieg von rund 19 % auf eine rohe Inzidenz von 170/100.000 gekennzeichnet, wobei die Entwicklung zwischen den Bezirken heterogen verläuft. Mehrere Bezirke weisen eine Inzidenz über 250/100.000 aus.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet aus Perg, dass hier ein großer Firmencluster aufgetreten ist, der auf Schulen übergegriffen hat. Man hofft durch gezieltes Contact Tracing langfristig auf eine Entspannung der Situation. In Braunau hofft man eine Stabilitätsphase bereits erreicht zu haben. Allgemein sieht man über das gesamte Bundesland hinweg zunehmend Fälle in Schulen. Die Situation in den Alten- und Pflegeheimen ist nach wie vor stabil, in den Krankenanstalten wurde ein merklicher Belagsanstieg verzeichnet. Der Anteil der Virusmutationen beträgt in vielen Regionen bereits deutlich über 90 %.

Salzburg zeichnet sich mit 29 % durch einen der höchsten Inzidenzanstiege im Bundesvergleich aus. Die rohe Inzidenz beträgt nunmehr 250/100.000 und ist damit weit im Bereich des sehr hohen Risikos. Auffallend sind neben Sankt Johann im Pongau nunmehr wieder Tamsweg und Salzburg Umgebung.

Die Vertreterin aus Salzburg bestätigt die Ausführungen. Sie berichtet, dass die Fälle zum überwiegenden Teil der neuen Virusvariante zuzurechnen sind. Die Compliance der Bevölkerung ist teilweise sehr schlecht. Verkehrsbeschränkungen unter 10-Jähriger im Bildungsbereich und deren Kontrollen sollen verschärft werden.

Schmid führt aus, dass die aktuellen Maßnahmen im Bildungsbereich (insbesondere die vermehrte Testung von PädagogInnen) dazu führen sollen, dass keine Cluster im Schulbereich auftreten.

Der Vertreter des Bildungsministeriums ersucht um zeitgerechte Information, falls es hier zu einer Änderung der Vorgaben kommt, um entsprechende Dokumente und Informationen anpassen zu können. Reich sagt Prüfung und Abstimmung zu und merkt an, dass dieses Thema in der LSD-Runde platziert werden sollte.

Der Inzidenzanstieg in der Steiermark war mit rund 7 % vergleichsweise gering. Die rohe Inzidenz liegt nun bei 167/100.000. Auch hier ist die Lage heterogen, während im Zentralraum Graz die Inzidenz eher rückläufig ist, verzeichnen die ländlicheren Regionen teils deutliche Anstiege. Der Bezirk Weiz nähert sich der Marke von 400/100.000.

Die Vertreterin aus der Steiermark berichtet, dass eine eigene Arbeitsgruppe die Situation in Weiz genau beobachtet. Die Testkapazität wird hier erhöht und das Contact-Tracing intensiviert. Schwerpunkttestungen in besonders betroffenen Gemeinden werden durchgeführt. Es sind auch hier Cluster im Bildungsbereich aufgetreten, eine Schule in Gleisdorf musste gänzlich geschlossen werden. Auch hier wird von immer schlechterer Compliance der Bevölkerungen berichtet, insbesondere auch in Hinblick auf die Bekanntgabe von Kontaktpersonen. Impfungen für das Bildungspersonal sind für den 19. und 20.3. avisiert.

Schmid berichtet von insgesamt 14 Bildungsclustern in der Steiermark. Erfreulich ist der deutliche Rückgang von Clustern in Alten- und Pflegeheimen.

Die Situation in Tirol ist weitgehend stabil, die Inzidenz liegt bei 103/100.000 und damit nur mehr geringfügig über der Marke von 100/100.000. Einzelne Bezirke, wie z.B. Reutte entwickeln sich deutlich positiv. In Lienz hingegen liegt die Inzidenz bei 367/100.000 bei steigendem Trend.

Der Vertreter aus Tirol führt aus, dass vor dem Hintergrund der Virusvariantenverordnung auch Fälle durch getestete LKW-Fahrer verzeichnet wurden. In jenen zwei Gemeinden, mit der dynamischsten Entwicklung, wird weiterhin eine Ausreisetestverpflichtung verhängt. Die Lage in Lienz ist durchaus bedenklich, aufgrund der geografischen Lage wird hier aber eine bezirksweise Ausreisetestverpflichtung für nicht zielführend erachtet, sondern sollte kleinräumiger erfolgen.

Die Situation in Vorarlberg wurde bereits unter TOP 3 ausgeführt. Die rohe Inzidenz liegt hier bei 77/100.000 und damit nach wie vor im Bereich des hohen Risikos. Auffällig ist lediglich die Situation im Großen Walsertal mit einer Inzidenz von 643/100.000.

Der Vertreter aus Vorarlberg schließt sich den Ausführungen an.

Die Situation in Wien ist durch einen Anstieg von 22 % auf eine rohe 7-Tages-Inzidenz von 227/100.000 gekennzeichnet und liegt damit klar im Bereich des sehr hohen Risikos.

Der Vertreter aus Wien hebt hervor, dass die Aufklärungsquote trotz der steigenden Fallzahlen mit 69 % nach wie vor erfreulich hoch ist. Die spezifisch für den 9. Bezirk verzeichnete Inzidenz von über 400/100.000 ist auf eine fehlerhafte Fallzuordnung seitens der AGES zurückzuführen, was sich laut Schmid bereits in Behebung befindet.

Reich hinterfragt den plötzlichen sprunghaften Anstieg von Fällen der südafrikanischen Variante in Wien. Dieser ist gemäß den Ausführungen der Vertreterin aus Wien zum Teil auf Nachmeldungen zurückzuführen. Teilweise handelt es sich darüber hinaus um Sekundärfälle von Familienclustern.

Die vorbereitete und gestern ausgeschickte Beschlussgrundlage wird aufgerufen. Es gibt keine Korrekturen oder Änderungswünsche seitens der Kommissionsmitglieder.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Bundesland: Vorarlberg

Risikostufe: hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Der vorab ausgeschickte Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich wird aufgerufen. Dieser wurde in der Pause analog der heutigen Diskussion um einen Passus in Hinblick auf Besuchsregelungen im Spitalsbereich ergänzt, der an alle Kommissionsmitglieder ausgeschickt wurde.

Bericht Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Bericht einstimmig angenommen

Der Bericht wird an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt und auf der Ampel-Website veröffentlicht.

→ *siehe Anhang 9: Lageeinschätzung 11.03.2021_finale Fassung*

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Die Ausführungen sind weitgehend deckungsgleich zu den Textierungen im Bericht. Es wird wieder ausgewiesen, wie viele Bezirke in Summe in der rohen Inzidenz unter 50/100.000 bzw. 100/100.000 liegen, wobei deren Anzahl konstant geblieben ist.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschöber noch heute an die APA und anschließend an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt.

→ *siehe Anhang 10: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_11032021_APA*

5. Allfälliges

Stand der Teststrategie in Österreich

Reich referiert die heute publizierte Teststrategie, die im Wesentlichen auf 3 Säulen fußt:

1. Behördlich veranlasste Testungen
2. Spezifische Screeningprogramme
3. Bevölkerungsweite Screeningprogramme

Sie führt aus, dass im dritten Punkt noch kein Bezug auf die Modellregion Vorarlberg genommen wurde. Das Thema der Selbsttests wird dort aktuell erprobt und erst bei einer österreichweiten Ausrollung werden etwaige neue Aspekte aufgenommen. Sie ersucht, bei Ausführungen zum Testregime das Wording der Teststrategie zu verwenden.

Goldstandard bei Testungen ist nach wie vor der Nasopharyngealabstrich und es wird ersucht, diese Teststrategie möglichst nicht aufzuweichen.

Reich betont, dass Überlegungen dahingehend angestellt werden, bevölkerungsweite Screeningprogramme möglichst personalunabhängig umzusetzen. Dies auch vor dem Hintergrund,

zunehmend Personal für Impfungen abstellen zu können. Es gibt bereits sehr konkrete Überlegungen und Diskussionen, wie das Thema Testen dahingehend neu aufgestellt werden kann. Diverse Begehrlichkeiten von Firmen sind bekannt, es wird hier aber um Zurückhaltung ersucht.

Ein eigenes Kapitel der Teststrategie widmet sich der Virussequenzierung und dem Mutationsmonitoring.

Der Vertreter aus Wien bedankt sich für die Ausführungen, er hinterfragt die Verfügbarkeit des gezeigten Dokumentes. Reich betont, dass die Teststrategie bereits auf der Website des BMSGPK veröffentlicht wurde (https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:6f6d7b10-0499-47f8-bf76-a93f521131ab/Oesterreichische_Teststrategie_SARS-CoV-2_11.03.21_final.pdf).

Herzog sagt zu, die Teststrategie sowie das in der Kommission am 3. Dezember verfasste Papier zu Testungen an die Kommissionsmitglieder auszusenden. Letzteres kann und soll ggf. vor dem Hintergrund der geänderten Situation adaptiert werden.

Erlass betreffend der Maßnahmen in Hochinzidenzgebieten

Reich berichtet, dass zum Erlass mehrere Rückmeldungen seitens der Länder eingegangen sind. Es sei demzufolge schwierig, die gesetzten Maßnahmen so lange aufrecht zu halten, bis die 7-Tages-Inzidenz zumindest 10 Tage unter 200 liegt. Sie betont, dass keine hermetische Abriegelung von Gebieten, sondern vielmehr stichprobenartige Kontrollen der betroffenen Gebiete gefordert sind. Herzog ergänzt, dass die Intensität von Kontrollen bei guter Entwicklung verringert werden kann, die Testverpflichtung per se aber beibehalten werden sollte, um die Nachhaltigkeit sicherzustellen.

Herzog wiederholt darüber hinaus in Hinblick auf die heutigen Ausführungen des Vertreters aus dem Burgenland zum Bezirk Jennersdorf, dass Maßnahmen auch regional beschränkt angewandt werden können. Dies soll die Flexibilität vor Ort erhöhen.

Der Vertreter aus Wien führt aus, dass hier eine Testverpflichtung nur dann gegeben ist, wenn das Gebiet verlassen wird. Dies wird von Herzog bestätigt. Er führt aus, dass aus diesem Grund eine kleinräumigere Anwendung sinnvoll sein kann.

Vorbereitung auf die Osterfeiertage und deren Auswirkungen auf die Epidemie

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass es im Zuge der letzten Schulferien stets zu entsprechenden Verwandtenbesuchen und damit einhergehenden Reisebewegungen gekommen ist. Es stellt sich die Frage, wie vor dem Hinblick der aktuellen Lage mit dieser Situation umgegangen werden soll, die gegebenenfalls zu einem weiteren Anstieg der Inzidenz führen wird.

Herzog bedankt sich für diesen Input und schlägt vor, die aufgeworfene Problematik in die jeweils montags stattfindenden politischen Abstimmungen einzubringen. Gerne werden diesbezügliche Stellungnahmen aus den Ländern in den nächsten 48 Stunden entgegengenommen.

Das Thema soll zudem in der nächsten Woche nochmals von der Kommission aufgegriffen werden.

Geimpfte und Genesene

Der Vertreter aus Wien verweist auf eine der letzten Sitzungen, in der die Frage Klassifikation von K1-Personen bei Impfungen thematisiert wurde. Dieselbe Problemstellung stellt sich für genesene Personen und es kann nicht nachvollzogen werden, ob es nun zu einer Gleichstellung der beiden Gruppen kommt bzw. kommen soll.

Reich führt aus, dass das Thema des Umgangs mit Geimpften und Genesenen in einer eigenen Arbeitsgruppe behandelt wird und es noch keine finalen Regelungen gibt.

Sorgenhotline Wien

Der Vertreter aus Wien berichtet von einer zunehmenden Inanspruchnahme der so genannten Sorgenhotline. Dies erfolgt scheinbar auf Empfehlung von Bundesinstitutionen. Er hält fest, dass die Sorgenhotline nur für BürgerInnen Wiens eingerichtet wurde.

6. Weitere Vorgehensweise

- 30. Sitzung mit Empfehlung: 18.03.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

17. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 17.12.2020, 14:00-17:15

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 17. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ *siehe Anhang 1: 17122020_Anwesenheitsliste_17. Sitzung*

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 19 von 20 stimmberechtigten Mitgliedern anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 16. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 16. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Das Protokoll wurde vorab in der geänderten Fassung ausgeschickt. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ *siehe Anhang 2: 10122020_Corona Kommission_16. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen*

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Auer wird unter TOP 4 den aktuellen Stand zum Thema Impfungen referieren.

Dem Vorsitzenden wird seitens der Stadt Wien zur Bestellung zum Sektionschef des BMSGPK gratuliert.

Die neu bestellte Sektionschefin der Sektion VII, Katharina Reich, stellt sich vor. Die Corona-Kommission ist inhaltlich in dieser Sektion angesiedelt und Reich künftig Mitglied der Kommission.

3. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Schmid gibt einen kurzen Überblick zur allgemeinen Lage und zu Auffälligkeiten in Österreich. Es können ab KW 49 nun auch die Daten aus Wien entsprechend ihrer Zuordnung zu den Cluster-Settings aggregiert dargestellt werden. Die Verteilung der Fälle in Wien stellt sich ähnlich der Verteilung in Rest-Österreich dar.

Der Anteil der Fälle des Settings Freizeit hat sich insgesamt weiter reduziert. Nach wie vor ist ein hoher Anteil der Fälle dem Setting Gesundheit-Soziales zuzurechnen. Die Inzidenzreduktion in der laufenden Woche entspricht nur mehr der Hälfte jener der Vorwoche, dies ist zum Teil wohl auch den Massenscreening-Aktivitäten zuzurechnen. R_{eff} liegt nach einem Tiefststand von 0,79 am 9.12. nun wieder bei 0,88. Bedenklich ist die nach wie vor hohe 7-Tages-Inzidenz der über 64-Jährigen. Das Durchschnittsalter der Betroffenen ist weiter angestiegen und liegt nun bei 47,5 Jahren.

→ *siehe Anhang 3: maßnahmenbewertung_2020-12-17*

→ *siehe Anhang 4: Kurzbericht Maßnahmenbewertung 2020-12-17*

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Nach wie vor werden asymptomatische Kontaktpersonen der Kategorie 1 in zwei Bundesländern nicht getestet, was die Prognosegüte beeinflusst. Die aktuellen Modelle weisen eine recht hohe Varianz auf, ein Modell zeigt einen Anstieg der Fallzahlen bis Weihnachten an, in den beiden anderen Modellen geht man von einem reduzierten Abflachen der Inzidenz aus. Die aktuellen Prognosen gehen daher von einer Stabilisierung des Infektionsgeschehens auf hohem Niveau aus, wobei im Durchschnittsszenario bis zum 23.12. rund 2.100 Fälle/Tag zu erwarten sind.

Eine Darstellung der Inzidenz mit und ohne Berücksichtigung der Fälle aus den Massenscreenings zeigt, dass die Inzidenz ohne die Screenings bei rund 180/100.000 liegen würde. Nach wie vor ist die Inzidenz bei hochbetagten Menschen auf einem kritischen Niveau.

Bachner führt aus, dass im letzten Prognosezeitraum in einigen Bundesländern (Steiermark, Wien, Salzburg) sprunghafte, systematische Abweichungen im ICU-Belag beobachtet wurden. Es gibt für dieses Phänomen drei Erklärungsansätze, die betroffenen Bundesländer werden aber dazu eingeladen, hier ggf. proaktiv zur Klärung beizutragen.

Laut Prognose wird sich der Intensiv Belag bis zum 30.12. auf rund 17 % reduzieren. Bereits eine tägliche Fallzahl von 3.000 Fällen würde Anfang Jänner zu einem Belagsniveau führen, das mit jenem von Ende November vergleichbar ist.

→ *siehe Anhang 5: TOP 3 Prognose*

Der Vertreter aus Wien hinterfragt die angegebenen Werte für den prognostizierten Zuwachs bis 23.12.. Bachner führt aus, dass es sich hier um Durchschnittswerte handelt, und dass die dahinter liegenden Wachstumsraten nicht linear sind. Eine simple Multiplikation der Werte ist daher nicht zulässig. Die dahinter liegenden Werte für die einzelnen Tage können auf Anfrage übermittelt werden. Der Vertreter aus Wien hinterfragt weiter, ob eine Ableitung der Auswirkungen einzelner gesetzter Maßnahmen möglich ist.

Der Vertreter aus Wien führt aus, dass die Inzidenz einiger Bundesländer aktuell unter 200/100.000 liegt, die anderen Bundesländer liegen über diesem Wert. In Deutschland wird die Schwelle von 200 als Entscheidungsgrundlage für die Verhängung von Lockdowns herangezogen. Der Vertreter aus Wien fragt daher nach, ob es Überlegungen gibt, innerhalb Österreichs ab Jänner wieder eine Differenzierung in Hinblick auf verhängte Maßnahmen vorzunehmen.

Schmid erläutert, dass kausale Auswirkungen einzelner Maßnahmen auf die Virus Zirkulation nicht nachgewiesen werden können. Es zeigt sich, dass z.B. die Übertragung in SchülerInnen-Kohorten rezent vom Setting Schule in das Setting Haushalt/Freizeit übertragen wurden. Nach wie vor dominiert trotz gesetzter Maßnahmen das Setting Gesundheit-Soziales in höheren Altersgruppen.

Herzog referiert über den Beginn der Kommissionsarbeit, wo die Regionalisierung von Maßnahmen großen Stellenwert bekam. Er schlägt vor, die nächste Sitzung dazu zu nutzen, dies nochmals zu reflektieren und sich eine Meinung zum weiteren Vorgehen zu bilden und aus der Vergangenheit zu lernen. Er bestätigt die von Wien beobachtete Teilung der Bundesländer hinsichtlich Inzidenzen. Es gab im Zuge des Erlassens der ersten Schutzmaßnahmenverordnung ein politisches Commitment zu einer gemeinsamen Vorgehensweise. Schon für morgen ist hier eine Abstimmung zwischen Landeshauptleuten und Bundesregierung zum weiteren Vorgehen geplant.

Der Vertreter aus Oberösterreich ersucht darum, die Erfahrungen der Kommission an die politischen Entscheidungsträger heranzutragen, um kommende Entscheidungen evidenzbasiert zu unterstützen.

Herzog führt aus, dass der Einsatz regional begrenzter Maßnahmen in der Vergangenheit nicht ausreichend erfolgreich war. Auch international lässt sich beobachten, dass regional begrenzte Lockdowns schwer zu organisieren sind.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt, inwiefern die aktuelle Antikörperstudie der Statistik Austria zur Analyse des Infektionsgeschehens beitragen kann. Dazu führt Schmid aus, dass die dort angegebene Prävalenz von 4,7 % keine zielsicheren Aussagen über eine etwaige Immunität liefert. Es lässt sich lediglich ableiten, welcher Anteil der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt die Infektion bereits durchlaufen hat. Allerberger (AGES) erwähnt, dass die angegebene Prävalenz lediglich das Minimum jener angibt, die die Infektion bereits durchgemacht haben. Darauf repliziert Schmid, dass es sich nicht quantifizieren lässt, welche Immunität der Gesamtbevölkerung davon abzuleiten ist. Allerberger verweist hier auf Tirol, wo eine Seroprävalenz von 42 % ermittelt wurde, was aus seiner Sicht ggf. das Maximum dessen darstellt, was erreicht werden kann.

Der Vertreter aus Wien verweist auf ein Nature-Paper, das eine Seroprävalenz von rund 70 % berichtet. Diese scheint demzufolge auch für Österreich zu erreichen. Er führt aus, dass die Seroprävalenz in Österreich gering ist, wenn die Studie der Statistik Austria als repräsentativ einzuschätzen ist.

Der Vertreter aus Oberösterreich verweist darauf, dass Indikatoren immer Schwächen aufweisen. Eine genauere Analyse der Dunkelziffer würde eine Einschätzung sicherlich unterstützen. Es wäre lohnenswert, die genannte Studie nochmals zu analysieren und zu bewerten, was Herzog zusagt. Der Vertreter aus Oberösterreich führt abschließend aus, dass vor dem Hinblick der aktuellen Fallzahlen regionale Maßnahmen derzeit nicht ausreichend scheinen, um die Epidemie in den Griff zu bekommen.

Der Vertreter aus Wien führt aus, dass auf höchster politischer Ebene Diskussionen dazu geführt wurden, Screenings künftig in drei Fällen anzuwenden: freiwillige Testungen großer Teile der Bevölkerung, Testverpflichtung für bestimmte Gruppen sowie Testung in Regionen mit hoher Inzidenz, um eine Quarantäne abzuwenden. Hinterfragt wird bei Letzterem der Grenzwert sowie die organisatorische Umsetzung.

Herzog führt aus, dass Erfahrungen der Vergangenheit den Schluss zulassen, regionale Quarantänen (wie z.B. in Kuchl) möglichst zu vermeiden. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass das Setzen präventiver Maßnahmen auf regionaler Ebene nicht immer ausgereicht hat. Die Entkoppelung der Maßnahmen von der Risikobewertung hat hierzu jedenfalls beigetragen. Antigentests können relativ einfach und effizient zum Einsatz gebracht werden. Sie könnten daher eine mögliche Alternative sein, um eine regionale Quarantäne mit all ihren Auswirkungen zu vermeiden. In Ballungsräumen wie der Stadt Wien ist der Einsatz sicherlich schwieriger zu organisieren als in ruralen Gebieten. Testungen sind daher ein mögliches und sicher nicht das einzige Instrument, um Infektionsausbrüche zu bekämpfen. Überlegungen zu Parametern, die den Einsatz von Antigentests zugrunde zu legen sind, können und sollen noch angestellt werden.

Herzog schlägt vor, die heute aufgeworfenen Fragen aufzugreifen und in der nächsten Sitzung hier eine Meinungsbildung herbeizuführen. Entsprechende schriftliche Überlegungen sollen im Vorfeld übermittelt werden.

Der Vertreter des Bildungsministeriums führt zur Seroprävalenzstudie der Statistik Austria aus, dass diese Studie repräsentativ ist. Es gab einen Abgleich mit EMS-Daten der zeigte, dass rund 61 % der Personen mit Antikörpern nicht im EMS erfasst waren. Von diesen Personen hatte rund die Hälfte keine oder nur sehr leichte Symptome. Vertreter der MedUni Wien als Mitautoren haben daraus den Schluss gezogen, dass die Maßnahmen in Österreich gut gewirkt haben, dass breit angelegte Tests in Hinblick auf den großen Anteil asymptomatischer Personen aber durchaus sinnvoll sind. Weiters wurde

abgeleitet, dass eine Herdenimmunität wohl nicht realistisch erzielt werden kann. Die Studienautoren sollen ersucht werden, ihre Studienergebnisse in einer der nächsten Kommissionssitzungen zu präsentieren.

Allerberger führt abschließend aus, dass bei einer Dunkelziffer von 61 % von einer Durchseuchung von rund 10% der Bevölkerung ausgegangen werden kann.

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs. Aufgrund der Homogenität der Einschätzungen wird ein Überblick zur Gesamtsituation und auf Bundeslandebene gegeben und nicht auf Bezirksebene vorgegangen.

Bachner führt aus, dass sich auf Basis der Daten für ganz Österreich nach wie vor ein sehr hohes Risiko ergibt. Die 7-Tages-Inzidenz für Österreich liegt knapp über 200/100.000. Es liegen auf Basis der heute verfügbaren Daten 6 Bezirke in der rohen Inzidenz unter 100/100.000: Eisenstadt Stadt, Jennersdorf, Mattersburg, Krems an der Donau, Hollabrunn und Reutte.

Der Rückgang der Inzidenz im Burgenland war mit 29 % stärker als im Bundesdurchschnitt. Mit 128/100.000 weist man zudem die bundesweit niedrigste Inzidenz aus, liegt damit aber noch immer im Bereich des sehr hohen Risikos.

Der Vertreter aus dem Burgenland bestätigt die beobachtete Reduktion der Fallzahlen. Nichts desto trotz ist die Auslastung im stationären Bereich nach wie vor kritisch und stark schwankend. Es wird demzufolge der Einstufung mit sehr hohem Risiko zugestimmt.

Auch in Kärnten gab es einen Rückgang von rund 21 %, wobei die Inzidenz nach wie vor hoch ist. Auffallend ist der Bezirk Hermagor, wo der Trend stark ansteigend ist. Auffällig ist darüber hinaus, dass die positivity-rate der Tests mit 25 % sehr hoch ist, was zum Teil auf die derzeit nicht erfolgte Testung asymptomatischer K1-Kontaktpersonen zurückgeführt wird.

Der Vertreter aus Kärnten erklärt den steigenden Trend in Hermagor zum Teil mit dem von ihm beobachteten Stadt-Land-Gefälle. Darüber hinausgehende unmittelbare Gründe konnten nicht eruiert werden. Er sagt zu, den Wunsch nach der Wiederaufnahme der Testungen symptomloser K1-Personen in an entsprechenden Gremien heranzutragen.

Die Dynamiken in Niederösterreich sind, bei fallendem Trend, sehr heterogen. Einige Bezirke weisen stark fallende Trends bei gleichzeitig niedrigen Inzidenzen auf, in anderen ist die Situation stabil bzw. sogar steigend. Die Situation im Bundesland gesamt ist nach wie vor mit sehr hohem Risiko zu bewerten.

Die Vertreterin aus Niederösterreich schließt sich der Einschätzung an. Sie hinterfragt die Definition der Fälle, die als abgeklärt klassifiziert werden.

Bachner führt aus, dass die Risikoadjustierung und insbesondere der Indikator abgeklärter Fälle derzeit nicht publiziert werden. Schmid sagt eine bilaterale Klärung der aufgeworfenen Frage zu und verweist auf die Definitionen gemäß Manual. Sie betont, dass der im Datenfile ausgewiesene Wert den Datenstand von Dienstag der laufenden Woche widerspiegelt und damit eine Momentaufnahme darstellt.

Herzog erläutert anhand der drei niederösterreichischen Bezirke, die letzte Woche in der rohen Inzidenz unter 100/100.000 waren und von denen zwei in der laufenden Woche wieder über diesem

Schwellenwert liegen, dass die Anwendung der Verweildauerregelung sehr sinnvoll ist, um Fluktuationen in der Ampelschaltung zu vermeiden.

In Oberösterreich liegt der Rückgang mit 17 % leicht unter dem Bundesdurchschnitt. Mehrere Bezirke sind im Trend stabil, in Gmunden kam es zu einem Anstieg der Inzidenz. In der Risikoeinschätzung ist nach wie vor ein sehr hohes Risiko auszuweisen. Auch hier liegt die positiv-Rate der Tests ähnlich wie in Kärnten bei knapp unter 30 %.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet in Bezug auf Gmunden von Ausbrüchen in 2 Altenheimen, die gemeinsam mit den Ergebnissen der Massentestungen zum Wiederanstieg der Infektionen geführt haben. Es zeigen sich in Oberösterreich stark schwankende Entwicklungen. Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von Medienanfragen zu den ausschließlich in der Kommission gezeigten Dokumenten, was auf ein neuerliches Leak innerhalb der Kommission hinweist. Es wird betont, dass Oberösterreich in den Massentestungen keine auffälligen Positivraten aufgewiesen hat. Schmid erläutert, dass die medial kolportierte Positivrate von 75 % auf einer falschen Datenmeldung beruhte.

Aus Zeitgründen wird ein Update von Auer zum aktuellen Stand zum Thema Impfungen vorgezogen (Dokumentation unter TOP 4 des vorliegenden Protokolls).

In Salzburg liegt der Rückgang im Fallgeschehen bei rund 20 %. Die rohe Inzidenz liegt deutlich über dem Bundesdurchschnitt, daher ist weiterhin mit sehr hohem Risiko zu bewerten. Die Inzidenz in Hallein ist leicht steigend.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet, dass die Zunahme der Inzidenz in Hallein nicht auf die Massentestungen zurückzuführen ist. Es gibt hier keine größeren Cluster und keine Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen, vielmehr treten zahlreiche kleinere Cluster auf.

In der Steiermark wurde ein Rückgang von 17 % und damit leicht unter dem Bundesdurchschnitt verzeichnet. Die Situation in den Bezirken ist heterogen. In Deutschlandsberg hat sich die Fallzahl um 27 % erhöht. Die Inzidenz liegt nahe am Bundesdurchschnitt und im Bereich des sehr hohen Risikos.

Der Vertreter aus der Steiermark bestätigt die Ausführungen. Auch in Deutschlandsberg ist die Fallzunahme nicht auf die Massentestungen zurückzuführen. Cluster traten sowohl in Alten- und Pflegeheimen als auch in Schulen auf, der Anstieg kann aber nicht auf singuläre Ereignisse zurückgeführt werden. Der Belag der Normal- und Intensivstationen ist insgesamt leicht zurückgegangen. In der Steiermark sind insgesamt rund 120 Alten- und Pflegeheime betroffen mit Fallzahlen zwischen 1 und 60 Fällen.

Allerberger bietet an, den größten genannten Ausbruch durch die Übermittlung von Positivproben genauer zu analysieren, um festzustellen, ob es eine oder mehrere Eintragsquellen gibt. Der Vertreter aus der Steiermark sagt zu, dies entsprechend weiterzugeben.

Die Lage in Tirol hat sich mit einem Rückgang von 30 % weiter entspannt. Der Bezirk Reutte weist eine 7-Tages-Inzidenz von 70/100.000 aus. Die Gesamtinzidenz des Bundeslandes liegt im Bundesvergleich mit 152 unter dem Durchschnitt, aber nach wie vor im Bereich des sehr hohen Risikos.

Der Vertreter aus Tirol bestätigt die positive Entwicklung und die Einstufung.

Der Rückgang in Vorarlberg hat sich mit 16 % abgeflacht. Einen leichten Anstieg gab es in Dornbirn, ansonsten relativ ausgewogene Rückgänge über alle Regionen hinweg. Nach wie vor liegt die Inzidenz im Bereich des sehr hohen Risikos.

Der Vertreter aus Vorarlberg verweist auf den Peak Mitte November, dem ein starker Abschwung gefolgt ist. Nun stabilisiert sich die Situation, womit die gleichbleibende Einstufung gerechtfertigt ist.

In Wien hat sich die Inzidenz um rund 17 % auf einen Wert von 150/100.000 verringert. Der Abschwung hat sich auch hier etwas abgeflacht. In der laufenden Woche verzeichnete Wien im Bundesvergleich die meisten Testungen.

Die Vertreterin aus Wien bestätigt, dass sich der Abschwung auch in Wien, ähnlich wie in Vorarlberg, abgeflacht hat. Auch hier gibt es Einträge in Alten- und Pflegeheimen, deren Quelle zum Teil mobile BewohnerInnen sind. Es wird die Sorge geäußert, dass restriktive Besucherregelungen zu Weihnachten dazu führen könnten, dass BewohnerInnen nach Ausgängen zu vermehrten Einträgen beitragen werden. Diese Sorge wird von der Vertreterin aus Salzburg geteilt.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

„Aufgrund der entsprechenden Kontextinformationen sind alle Bezirke, alle Bundesländer und das gesamte Staatsgebiet mit sehr hohem Risiko einzustufen.“

Bezirke: alle

Bundesländer: alle

Staatsgebiet Österreich

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Es wird die parallel vorbereitete APA-Meldung zum Sitzungsergebnis gezeigt. Gegen die Meldung bestehen keine Einwände seitens der Mitglieder. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschöber noch heute an die APA und anschließend an die Bezirkshauptleute übermittelt.

→ *siehe Anhang 5: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_17122020_APA*

Es wird von Herzog nochmals auf den im Vorfeld der Sitzung verschickten Kurzbericht zum Monitoring der Schutzmaßnahmen verwiesen. In den Schlussfolgerungen wurde versucht, die aktuelle Situation entsprechend zu reflektieren und zu erwartende Entwicklungen aufzuzeigen. Diese Darstellung lässt die Schlussfolgerung zu, dass weitere Maßnahmenlockerungen wohl nicht zielführend sind, sondern eher besondere Vorsicht angebracht ist.

Der Vertreter aus Wien berichtet von einem medial kolportierten geplanten harten Lockdown ab 27.12. und hinterfragt, ob der vorliegende Bericht als Grundlage für diese Entscheidung dienen soll. Herzog führt aus, dass er kein konkretes Datum für weitere Maßnahmen benennen kann, dass es hier aber laufende Gespräche und Verhandlungen gibt. Ziel des Berichtes ist eine Analyse, Zusammenfassung und Interpretation der vorliegenden Daten. Es wäre wohl zielführend, auf die

angespannte Situation hinzuweisen, um den politischen Entscheidungsträgern eine entsprechende Grundlage zu bieten.

Der Vertreter aus Oberösterreich bedankt sich für den Vorschlag, der von Seiten Oberösterreichs mitgetragen wird.

Der Vertreter des Bildungsministeriums bestätigt laufende politische Gespräche. Seitens des Bildungsministeriums wird es begrüßt, über die Weihnachtsfeiertage für eine ruhige Situation zu sorgen, um möglichst große Chancen für einen sicheren Schulstart im Jänner zu schaffen.

Die Schlussfolgerungen im Bericht werden um folgenden Passus ergänzt: „Die Corona-Kommission kommt auf Basis der Ausführungen zum Schluss, dass aufgrund der feiertagsbedingten Kontakthäufungen mit einem weiteren Fallanstieg gerechnet werden muss und es insofern angebracht erscheint, weiterführende präventive Maßnahmen zur Kontaktreduktion zu erlassen. Insbesondere ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass die erforderliche Akzeptanz der Bevölkerung gewährleistet ist, um den notwendigen Effekt auch erreichen zu können.“

Der Vertreter aus Wien hinterfragt, ob die Corona-Kommission durch diese Formulierung dafür ist, über die aktuell geltenden Maßnahmen weitere – im Sinne eines hard-Lockdowns - zu verhängen. Herzog bestätigt, dass damit weitere Maßnahmen befürwortet werden, wie diese genau ausgestaltet werden und welche gesellschaftlichen Bereiche betroffen sein werden, ist eine Entscheidung der Politik.

Der Vertreter aus Kärnten hinterfragt bereits konkret rechtlich in Vorbereitung befindliche Maßnahmen. Herzog führt aus, dass ihm hierzu keine Informationen vorliegen.

Herzog führt aus, dass es im Sinne der Prävention angebracht erscheint, die aktuelle Situation im stationären Bereich ernst zu nehmen und entsprechend zu agieren. Gerade gesellschaftliche Zusammenkünfte zwischen den Feiertagen könnten zu einem Treiber des Infektionsgeschehens werden.

Der Vertreter aus Oberösterreich bestätigt, dass in Hinblick auf die genaue Ausgestaltung von Maßnahmen der Politik ein gewisser Spielraum offen gehalten werden muss. Maßnahmen sollten jedenfalls auf Kontaktverringeringung abzielen, reines Testen alleine scheint nicht ausreichend.

Der Vertreter aus Wien verweist auf die Argumentation in der Vergangenheit, dass Massentests einen Lockdown verhindern können. Er betont, dass nun offenbar wird, dass die durchgeführten Massentestungen nicht dazu geführt haben, einen weiteren Lockdown zu verhindern. Herzog betont, dass die Kommission nie die Aussage getätigt hat, dass Massentestungen einen Lockdown verhindern können. Es zeigt sich, dass Massentestungen alleine die Pandemie nicht eindämmen können, sie können aber zu einem Rückgang beitragen, wenn sie als Begleitmaßnahme und als weiteres Instrument eingesetzt werden.

Schlussfolgerungen im Kurzbericht Monitoring der COVID-19 Schutzmaßnahmen

Stimmhaltung: Wien

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

➔ vgl. Anhang 4: Kurzbericht Maßnahmenbewertung 2020-12-17

4. Berichte

Aktueller Stand zum Thema Impfungen

Auer berichtet, dass der politische Druck auf die EMA in den letzten Tagen enorm zugenommen hat, wodurch der Zeitplan gestrafft wurde. Die Entscheidung zur Zulassung soll nun noch vor Weihnachten fallen. Mit der Firma Biontech/Pfizer wurde eine Lieferung von rund 9.750 Dosen Impfstoff unmittelbar nach 23.12. vereinbart. Erste Impfungen können noch im Dezember vorgenommen und medial präsentiert werden. Diese werden aus logistischen Gründen in Alten- und Pflegeheimen in Wien und Niederösterreich vorgenommen. Es wird um Zusammenarbeit mit den Ländern gebeten, um etwaige ausgewählte Impfstandorte außerhalb von Wien und Niederösterreich bei Bedarf kurzfristig avisieren zu können. Es wird davon ausgegangen, dass die große Folgelieferung von rund 237.000 Dosen rund um den Jahreswechsel eintrifft. Damit kann mit dem breiten Einsatz der Impfungen in Alten- und Pflegeheimen in allen Bundesländern begonnen werden, wobei plangemäß ab 5. Jänner mit dem Abruf von Impfstoffen und ab 12. Jänner mit der Impfung begonnen werden kann. Mit diesen Kapazitäten können alle BewohnerInnen und 50-60 % der MitarbeiterInnen in Alten- und Pflegeheimen geimpft werden. Weitere Folgelieferungen im Februar und März können bereits für das Gesundheitspersonal anderer Einrichtungen herangezogen werden. Im Laufe des Jäanners ist mit der Zulassung des Impfstoffes der Firma Moderna zu rechnen, von dem weitere 200.000 Dosen für das 1. Quartal zugesagt wurden. Das Zulassungsdatum des Impfstoffs der Firma AstraZeneca ist noch nicht absehbar. Hier wäre ein Kontingent von rund 2 Millionen Dosen vereinbart.

Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) berichtet von zahlreichen Anfragen zu den Impfungen. Sie fragt nach, ob es bereits eine öffentlich zugängliche Evidenzsynthese zum Nutzen und Schaden der Impfungen gibt. Weiters erkundigt sie sich nach dem Vorliegen einer evidenzbasierten Gesundheitsinformation.

Auer führt aus, dass seitens des BMSGPK Fachinformationen für Alten- und Pflegeheime sowie Gesundheitsberufe vorbereitet wurden und in Kürze verteilt werden. Er geht davon aus, dass die Arzneimittelbehörde Nutzen und Risiko ausreichend bewerten und abwägen wird und dass die Zulassungsdokumente dies entsprechend wiedergeben werden. Die breite Information der BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime sowie des dortigen Personals ist bereits angelaufen bzw. wird in Kürze vorgenommen.

Heinz (MUW) verweist auf die unterschiedlichen Wirkprinzipien der Impfstoffe und fragt nach, inwiefern diese kommuniziert werden. Auer führt aus, dass das nationale Impfgremium die notwendigen Informationen aufbereitet. Diese Informationen richten sich primär an die Ärzteschaft. Es ist abzuwägen, welche Informationen für die breite Bevölkerung sinnvoll und notwendig sind.

Agenten-basierte Simulation zur Optimierung der Prävention von SARS-CoV-2 Verbreitung in APH

Lasser (CSH) präsentiert die Ergebnisse ihrer Arbeit zur agenten-basierten Simulation zur Optimierung der Prävention von SARS-CoV-2 Verbreitung in Alten- und Pflegeheimen. Diese wurde in Zusammenarbeit mit der Caritas erstellt. Dabei wurden Interaktionen in ausgewählten Alten- und Pflegeheimen möglichst detailliert abgebildet und analysiert. Gemäß Analyse konnten Indexfälle primär auf MitarbeiterInnen zurückgeführt werden.

Es lässt sich ableiten, dass die Prävention in Alten- und Pflegeheimen mittels verstärktem präventivem Testen mit anderen Testtechnologien verbessert werden könnte. Als Strategie wird empfohlen, MitarbeiterInnen alle 3 Tage zu testen, wobei das Testergebnis innerhalb eines Tages vorliegen muss. In der Caritas wurde diese Strategie bereits umgesetzt und es wurden zwischenzeitlich 18 asymptomatische Fälle identifiziert, die so maximal ein Folgefall ausgelöst haben. Es wird derzeit

analysiert, welchen Erfolg der Einsatz dieser Präventionsstrategie im direkten Vergleich mit jenen Häusern, die konventionell vorgehen, hat.

Allerberger fasst zusammen, dass der Erfolg dieser Strategie primär von der Zeit bis zur Verfügbarkeit der Testergebnisse abhängt. Er hinterfragt, ob hier ggf. auch Tests mit vorderem Nasenabstrich eingesetzt werden könnten, da die Compliance sonst abnehmen könnte.

Lasser erläutert, dass sie dies anhand konkreter Informationen zu den Tests berechnen könnte. Sie vermutet, dass ggf. häufiger getestet werden müsste, um das gleiche Ergebnis zu erzielen.

Heinz hinterfragt, ob auch Tests mit Probengewinnung mittels gurgeln eingesetzt werden könnten, um die Compliance zu erhöhen. Lasser führt aus, dass diesbezüglich LAMP-Tests geeignet wären. Es ist aber fraglich, inwieweit diese Tests österreichweit ausgerollt werden können. Allerberger ergänzt, dass eine Probengewinnung mittels Gurgellösung für PCR-Tests möglich ist, für Antigentests derzeit nicht.

➔ siehe https://janalasser.at/talks/nursing_home_COVID_talk_ampelkommission/

Rechtliches SchuMaV

Ein Entwurf für die 1. Novelle der 2. Schutzmaßnahmenverordnung wurde nach der letzten Sitzung zur Stellungnahme ausgeschickt. Gestern wurde ein Entwurf für die 3. Schutzmaßnahmenverordnung ausgeschickt, die aber bereits am Nachmittag veröffentlicht wurde. Herzog führt aus, dass die Novelle der 2. Schutzmaßnahmenverordnung nicht veröffentlicht, sondern die Inhalte in eine 3. Schutzmaßnahmenverordnung übergeführt wurden. Herzog führt aus, dass die konkrete Vorgehensweise von ihm hier leider nicht beeinflusst werden konnte. Er betont, dass etwaige Rückmeldungen der Kommission in der Vergangenheit sehr wohl Niederschlag in den Rechtsgrundlagen gefunden haben, wenn auch nicht unmittelbar.

Herzog kündigt weiter an, dass entsprechend der Gespräche zu weiteren Maßnahmen voraussichtlich morgen ein neuer Verordnungsentwurf zur Stellungnahme übermittelt werden wird. Der Hauptausschuss des Nationalrats, der mit den jeweiligen Verordnungen befasst werden muss, tagt am 22.12. bzw. am 4.1.2021. Die ursprünglich als optional vereinbarte Sitzung am 30.12. wird demzufolge wohl abgehalten werden.

Der Vertreter aus Wien fragt beim BKA nach, ob die derzeit gültige Verordnung verfassungskonform erlassen wurde. Der Vertreter des BKA wird diese Frage an den Verfassungsdienst richten und über das Ergebnis soll in der nächsten Sitzung berichtet werden. Herzog verweist auf den Passus „Gefahr im Verzug“, der im Gesetz festgehalten ist.

- ➔ vgl. Anhang 7: 3. COVID-19_SchuMaV_Rückmeldungen_16122020
- ➔ vgl. Anhang 8: Novelle_2. COVID-19_SchuMaV_Rückmeldungen_11122020

Praktische Vorgangsweise bei Contact-tracing und Quellenzuordnung

Glötzl (Wien) präsentiert das System zum Contact-tracing in Wien. Dem System liegt ein standardisierter Fragebogen zugrunde, in dem gewisse Informationen (z.B. Adressen von Einrichtungen, Informationen für die Erfassenden etc.) hinterlegt sind. Auch Kontakte können direkt im System erfasst und auf bereits gespeicherte Informationen zurückgegriffen werden.

Die erfassten Daten können im Tool strukturiert und detailliert (u.a. anhand interaktiver Grafiken) ausgewertet werden. Das Tool wurde zu Beginn der Pandemie implementiert, war Ende April/Anfang Mai bereits produktiv und wurde laufend weiterentwickelt.

Auf Nachfrage von Herzog erläutert Glötzl, dass das Tool auf dem lokalen System EpiSys beruht. Es wird daran gearbeitet, dass die Übereinstimmung mit dem EMS möglichst hoch wird. Die avisierte Schnittstelle zum EMS wird laut Schmid wohl nicht mehr realisiert werden. Sie führt dazu aus, dass neben der aggregierten Darstellung nach Cluster-Setting-Zuordnung noch Angaben hinsichtlich des Transmissions-Settings erforderlich wären, um die Daten aus Wien analog aller anderen Bundesländer darstellen und auswerten zu können. Glötzl sagt weitere Zusammenarbeit zu.

Erfahrungsbericht zu den Massentests

Der TOP wird auf Dienstag verschoben, wo man sich näher mit dem Thema Testungen auseinandersetzen möchte.

Der Vertreter aus Tirol berichtet von weiteren geplanten Testungen zwischen 19.12. und 10.1.2021.

Auf Nachfrage von Herzog berichten folgende weitere Bundesländer von geplanten Testungen: Wien, Vorarlberg, Kärnten (Klagenfurt/Villach), Oberösterreich (in jeder Versorgungsregion), Niederösterreich (21. und 22.12. an 5 Standorten), Steiermark (21.-23.12.).

Im Burgenland gibt es keine diesbezüglichen Planungen. In Salzburg wird geprüft, ob weitere Testungen angeboten werden.

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass hier mittlerweile Testungen an 23 Standorten routinemäßig durchgeführt werden. Auf der Donauinsel sowie in derzeit 20 Checkboxes werden diese auch für symptomatische Personen angeboten.

5. Weitere Vorgehensweise

Die heute getroffene Empfehlung ist dokumentiert und wird in dieser Form an die Politik übermittelt. Auch der Kommission wird das Ergebnis zusammen mit dem Protokoll zugänglich gemacht.

➔ *siehe Anhang 9: Empfehlung der Corona Kommission_17.Sitzung_17122020*

Der Vertreter aus Wien berichtet von zunehmenden Problemen mit der Umsetzung der Einreiseverordnung. Ein avisiertes IT-Tool zum Handling wurde nicht umgesetzt. Kontrollen sowohl an der Grenze als auch im Nachhinein finden nicht durch die Polizei statt. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) führt aus, dass gemäß neuer Einreiseverordnung Einreisende für 5 Tage in Quarantäne müssen, bevor sie sich freitesten können. Als Ausnahme werden 24-Stunden-BetreuerInnen angeführt. Ein nicht unerheblicher Teil der Pflegekräfte hat verwandtschaftliche Beziehungen ins Ausland. Bei Heimatbesuchen müssten diese MitarbeiterInnen in Quarantäne. Es wurde bei Dr. Hausreither nachgefragt, ob diese MitarbeiterInnen analog der 24-Stunden-BetreuerInnen ebenfalls von der Quarantäneverpflichtung ausgenommen sind. Herzog sagt zu, diese Frage bilateral mit Hausreither zu klären und die Kommission zu informieren.

Der Vertreter aus Oberösterreich hält aufgrund einer Medienanfrage zum kommissionsinternen Datenfile fest, dass das File auf Wunsch von Oberösterreich künftig nicht mehr mit den Werten zur Abklärungsquote ausgeschickt werden soll. Diese Werte sollen nur mehr den Beratungen der Kommission zugrunde gelegt werden.

- 18. Sitzung mit Empfehlung: 22.12.2020, 14:00 – 18:00 Uhr

30. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 18.03.2021, 14:00-19:00

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 30. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Namen und Funktion im Chat dokumentiert.

→ *siehe Anhang 1: 25032021_Anwesenheitsliste_30. Sitzung*

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 19 von 20 stimmberechtigten Mitgliedern anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 29. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 29. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ *siehe Anhang 2: 11032021_Corona Kommission_29. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen*

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Herzog weist darauf hin, dass die Länder Tirol und Vorarlberg unter TOP 4 einen Bericht zur aktuellen Situation und rezenten Maßnahmen angekündigt haben. Die im Vorfeld ausgeschickten Dokumente dienen als Diskussionsgrundlagen zu diesem TOP, die heute nicht formal abgenommen werden.

3. Einschätzung der aktuellen Risikolage für Österreich

Ferdin (BMSGPK) berichtet über die Kapazitätserhebung des Bundes, die seit letztem Sommer laufend durchgeführt wird. Sie weist darauf hin, dass das diesbezügliche Reporting sowohl den aktuellen Stand als auch die jeweilige 7-Tages-Prognose zum Belag umfasst.

Erhoben werden darin Belag und zur Verfügung stehende Kapazitäten auf Normal- und Intensivpflegestationen. Der Belagstrend der letzten 7 Tage ist in allen Bundesländern mit Ausnahme von Vorarlberg steigend. Dasselbe Bild zeigt sich in Bezug auf den ICU-Belag. Der Trend sei dabei in Abhängigkeit zu den absoluten Ausgangszahlen stets vorsichtig zu interpretieren. Die Zahl der belegten Betten ist in den letzten 14 Tagen deutlich gestiegen.

Herzog weist darauf hin, dass die Zusammenfassung der gezeigten Erhebung in den vorab ausgeschickten Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich inkludiert wurde und dort künftig regelmäßig angeführt werden soll.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, ob gemäß der gezeigten Präsentation die Steigerungen im Bereich Intensivstationen in Oberösterreich mit 16 % im Bundeslandvergleich am Höchsten sind und ob sich in Bezug auf Beatmungsgeräte bereits kritische Situationen im Burgenland und in Tirol ableiten lassen. Ferdin weist darauf hin, dass die Einmeldung in Bezug auf Beatmungsgeräte im Burgenland differiert und die Zahlen daher vorsichtig zu interpretieren sind. Sie bestätigt, dass die Entwicklung in Oberösterreich am stärksten war. Der Vertreter aus Oberösterreich betont, dass von seinem Bundesland IntensivpatientInnen aus einem anderen Bundesland übernommen wurden, was einen Teil des Anstieges erklärt. Dies sei in Bezug auf das Systemrisiko jedenfalls zu berücksichtigen, was von Ferdin bestätigt wird. Sie führt aus, dass insbesondere auch die 14-Tages-Entwicklung in die Betrachtung einbezogen werden muss. Der Vertreter aus Oberösterreich weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass ein Bundesland derzeit keine freien ECMO-Kapazitäten mehr hat.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) fragt nach, ob auch Post-COVID-PatientInnen berücksichtigt werden, die nach einem Intensivaufenthalt auf COVID-Stationen verbleiben. Diese Situation habe im benachbarten Ausland das System wesentlich belastet. Ferdin bestätigt die Wichtigkeit dieser Thematik und verweist auf eine diesbezügliche Abstimmung mit den Ansprechpersonen der Bundesländer, die innerhalb einer Sitzung kommenden Dienstag abgeschlossen werden soll. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) betont, dass das aufgezeigte Problem bereits jetzt sehr bedeutsam ist.

Der Vertreter aus Wien fragt nach dem Hintergrund der heutigen Präsentation bzw. der Kapazitätserhebung selbst und hinterfragt etwaige Implikationen. Ostermann erläutert, dass Prognoserechnung und Kapazitätsvorschau auf diesen Daten basieren. Auch vor dem Hintergrund der immer weiteren Verbreitung der Virusvarianten scheint es essenziell, diese Informationen laufend zu beobachten. Daher soll die Kapazitätserhebung wie erwähnt künftig regelmäßig in den Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich aufgenommen werden.

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums, die mit jenen der letzten Woche vergleichbar sind, zumal sich die maßgeblichen Grundlagen sich nicht wesentlich verändert haben. Die britische Virusvariante stellt österreichweit bereits rund 75% der Infektionen dar, in einigen Bundesländern sind schon über 90% der Infektionen dieser Variante zuzurechnen.

Die aktuelle Prognose geht von einem Infektionsgeschehen von rund 3.300 Fällen/Tag aus. Die 7-Tages-Inzidenz wird am 24.3. mit 263 erwartet, wobei sich die starken Unterschiede zwischen den Bundesländern fortsetzen. Der Belag auf den Intensivstationen wird gemäß Prognose von derzeit 19,6% bis zum 24.3. auf 25,5% ansteigen. Es wird darauf hingewiesen, dass im Burgenland eine Überschreitung der per 16.3. gemeldeten Kapazitäten im Intensivbereich erwartet wird. Die Kapazitätsvorschau sieht darüber hinaus in Wien eine Überschreitung der Auslastungsgrenze von 33% COVID-Belag an der ICU-Gesamtkapazität in den nächsten Tagen vor. In Niederösterreich ist eine Überschreitung dieser Grenze innerhalb des 68%-Intervalls möglich. Auch in Oberösterreich und Tirol wird der Intensivbelag laut Prognose deutlich ansteigen.

Eine Neuberechnung der Szenarien konnte entgegen der letztwöchigen Ankündigung mangels vollständiger Datengrundlagen zu Impfungen noch nicht vorgenommen werden. Die Beobachtung der bereits bekannten Szenarien zeigt, dass die exponentielle Wachstumskurve des Worst-Case-Szenarios rezent durchbrochen werden konnte. Gegebenenfalls wirkt hier der Anteil von Personen mit bereits durchgemachter Infektion in Kombination mit einer fortschreitenden Impfung von bereits rund 15-30% der Bevölkerung moderierend. Zudem scheinen die gesetzten Maßnahmen in Hochinzidenzgebieten ihre Wirkung zu zeigen und Einfluss auf die Gesamtinzidenz zu nehmen. Ob sich

diese Entwicklung fortsetzt, wird engmaschig zu beobachten sein. Im Bereich der Belagsentwicklung bewegt man sich derzeit zwischen Baseline- und Worst-Case-Szenario.

→ *siehe Anhang 3: TOP 3 Prognose*

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation und zum Status Quo der Varianten-Surveillance. Die 7-Tages-Inzidenz zum 16.3. liegt bei 213,5/100.000. R_{eff} hält sich in den letzten Tagen stabil bei rund 1,1. Von KW 6 bis KW 10 zeigt sich jeweils ein leichter Anstieg bei der Anzahl der Testungen, die Positivitätsrate flacht in den letzten Tagen langsam ab. Das Infektionsgeschehen wird derzeit von der Kohorte der 6-24-Jährigen dominiert. Lokale Cluster sind das dominierende Übertragungssetting, es gibt kaum Fälle mit Reiseassoziation. Nach wie vor dominiert das Haushaltssetting. Während in KW 5 noch rund 10% der Fälle dem Setting Gesundheit und Soziales zugeordnet werden konnten, traten in KW 10 nur mehr 1,5% der Fälle in diesem Setting auf. Die Mortalität in der Altersgruppe über 85 Jahren ist weiterhin rückläufig, es zeichnet sich rezent ein leichter Anstieg in der Altersgruppe der 75-84-Jährigen ab.

Eine Trendanalyse der Altersgruppen bis 25 Jahren zeigt ein zwischen den Bundesländern heterogenes Bild. Bei der Gruppe bis 6 Jahre gibt es nur im Burgenland und in Wien einen steigenden Trend. In der Altersgruppe der 6-14-Jährigen gibt es in mehr als der Hälfte der Bundesländer einen steigenden Trend, bei den 15-19-Jährigen weisen nur 3 Bundesländern einen stabilen, alle anderen einen steigenden Trend auf. Der Anteil der im Bildungsbereich erworbenen Cluster ist im Burgenland, in Salzburg und Vorarlberg im Vergleich zur Vorperiode deutlich zurückgegangen.

Daten zu den Testungen im Bildungsbereich zeigen für KW 9 und 10 eine stabile Entwicklung. Die Testfrequenz bei LehrerInnen hat zwischen KW 9 und 10 deutlich zugenommen. Damit geht ein Unterschied in der Positivitätsrate einher, die in der Lehrerpoptation rund 10 Mal höher ist als in der Schülerpopulation. Nach wie vor wird der Großteil der im Bildungssetting erworbenen Cluster von LehrerInnen ausgelöst.

Der Anteil der Fälle mit Variants of Concern liegt österreichweit bei knapp 75%. Am Höchsten ist der Anteil mit fast 95% im Burgenland, am Geringsten in Vorarlberg mit 33%. Dominant ist die britische Variante, der Anteil der südafrikanischen Variante konnte auf insgesamt unter 0,5% zurückgedrängt werden.

→ *siehe Anhang 4: Ampel_slides_2021-03-17*

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs.

Die Entwicklung im Burgenland hat sich mit einem Anstieg von 13% auf eine rohe Inzidenz von knapp 250/100.000 fortgesetzt. Anstiege wurden in fast allen Bezirken verzeichnet. Kritisch ist die hohe Auslastung der Intensivstationen zu betrachten.

Der Vertreter aus dem Burgenland verweist auf intensive Maßnahmen im Bezirk Jennersdorf. Als Hauptproblem wird die Auslastung der Intensivstationen erachtet, wobei in Bezug auf die Schaffung zusätzlicher Kapazitäten insbesondere der Faktor des verfügbaren Personals kritisch ist. Im Bildungsbereich wurden die Impfungen der PädagogInnen vorgezogen und ein intensives Kontaktpersonenmanagement etabliert und durchgeführt. Berichtet wird von Problemen bei der Datenbereinigung, wodurch die Fallzahlen ggf. verzerrt werden.

Schmid führt aus, dass Wien durch das genannte Datenproblem in der letzten Woche benachteiligt wurde, was zwischenzeitlich bereinigt werden konnte. Nunmehr kam es zu Fehlzuordnungen im Bezirk Eisenstadt Stadt, die es noch zu bereinigen gilt. Als problematisch werden im Burgenland nach wie vor die häufigen Einträge im Kindergartenbereich erachtet. Auf Nachfrage berichtet der Vertreter aus dem Burgenland, dass 72% der PädagogInnen zur Impfung angemeldet waren. In 49 Gemeinden gibt es Testangebote für Antigentests sowie 7 Stationen für PCR-Testungen.

Die Situation in Kärnten ist mit einem Anstieg von nur einem Prozent stabil. Die rohe 7-Tages-Inzidenz liegt nunmehr bei 187,4/100.000 und damit nach wie vor deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos. In Hermagor konnte ein Rückgang der Fallzahlen um rund 34% verzeichnet werden.

Die Vertreterin aus Kärnten berichtet, dass sich die Situation in Hermagor weitgehend beruhigt hat, aber nach wie vor unter Beobachtung steht. Es werden nun stichprobenartig Ausreisekontrollen vorgenommen. Zum geplanten KAP-Survey wird eine bilaterale Abstimmung mit Siebenhofer-Kroitzsch avisiert.

In Niederösterreich betrug der Inzidenz-Anstieg rund 6%. Die aktuelle rohe Inzidenz liegt bei 235/100.000. Nach wie vor liegt die Inzidenz in Wiener Neustadt Stadt über 500/100.000. Auch Wiener Neustadt Land hat die Schwelle von 400/100.000 bereits überschritten, in Neunkirchen zeigt die Entwicklung klar in diese Richtung.

Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet von einem Ausbruch in der Justizanstalt Stein mit rund 30 Fällen. Die geplante Impfkation für PädagogInnen am kommenden Wochenende musste mangels Impfstoffes eingeschränkt werden. Die Kontrollen der Ausreisetestungen in Wr. Neustadt laufen weitgehend reibungslos. Auch Wiener Neustadt Land bereitet sich auf verstärkte Maßnahmen vor, wobei man sich hier auf besonders betroffene Gemeinden rund um Wr. Neustadt fokussieren wird. Auch in Neunkirchen bereitet man sich auf eventuell verstärkte Maßnahmen vor.

Schmid ergänzt, dass der stabile Trend des Verbreitungsgeschehens bei über 65-Jährigen sowie bei älteren SchülerInnen in Niederösterreich trotz der kritischen Gesamtentwicklung hervorzuheben ist. Das Aufkommen an Bildungscleistern im Bundesland ist nach wie vor erhöht. Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet von einer probeweisen Implementierung von Lollipop-Tests im Bereich Kindergarten. In Hochinzidenzgebieten wurde zudem die Maskenpflicht für KindergartenpädagogInnen wiedereingeführt.

Oberösterreich hat mit einem Anstieg von 20% auf eine rohe 7-Tages-Inzidenz von 195/100.000 einen deutlich steigenden Trend zu verzeichnen. Mehrere Bezirke verzeichneten markante Fallanstiege und weisen eine Inzidenz von über 300/100.000 aus.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von einer nach wie vor stabilen Situation in den Spitälern, auch im Bereich der Intensivstationen. Es wurde hier dennoch die nächste Stufe im Krisenplan aktiviert, da man mit einem weiteren Anstieg der Fallzahlen rechnet. Auf den Normalstationen ist die Situation insbesondere vor dem Hintergrund der guten Durchimpfung im Bereich der Alten- und Pflegeheime entspannter. Das Durchschnittsalter der PatientInnen auf Normalstationen sinkt. Im Bezirk Braunau sind Fälle im Zusammenhang mit Betrieben, Kindergärten und Schulen aufgetreten, die sich gut abgrenzen lassen. Im Bezirk Perg sowie in Gemeinden, die an den Bezirk Freistadt angrenzen, wurden zahlreiche Fälle identifiziert, wobei ein großer Anteil davon K1-Personen sind. Ansteckungen konnten hier auf den Transport in Schulbussen zurückgeführt werden. Man geht davon aus, dass im Bezirk Perg der Peak bereits überschritten wurde. Für den Bezirk Kirchdorf konnten primär Familiencluster identifiziert werden. Es folgt nun eine genaue Analyse, Kontrollen sollen verstärkt werden. Der Bezirk Wels Land, der bereits länger auffällig ist, wird ebenfalls verstärkter Analyse und Kontrolle

unterworfen. Man rechnet mit einer weiterhin verstärkten Inanspruchnahme im stationären Bereich in den nächsten Wochen.

Schmid hebt hervor, dass im 14-Tages-Trend in Oberösterreich auch in der Altersgruppe 65+ ein markanter Anstieg verzeichnet wurde. Diese Fälle sind primär dem Haushaltssetting zuzuordnen, wobei es sich häufig um Groß- bzw. Mehrfamilienausbrüche, ausgelöst durch Feierlichkeiten, handelt. Auch die Schülerpopulation ist in Oberösterreich vergleichsweise stark betroffen.

Die Lage in Salzburg war ebenfalls durch einen Inzidenzanstieg von 19 gekennzeichnet. Die rohe Inzidenz liegt bei 284/100.000. Mit Ausnahme von Sankt Johann im Pongau haben alle Bezirke einen Anstieg der Inzidenz zu verzeichnen.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet, dass die Ausgangsbeschränkungen im Gasteinertal dazu beigetragen haben, die Situation zu stabilisieren. Jene in Radstadt wurden aufgrund der positiven Entwicklung bereits aufgehoben. Cluster wurden im Bereich Sport, Tanz und auch in Familien verzeichnet. Darüber hinaus treten zahlreiche Fälle im Bereich Schulen und Kindergärten auf. Es wurden Ansteckungen trotz (behaupteter) getragener FFP-2-Maske bzw. K2-Status verzeichnet. In Schulen wird nun ein verschärftes Kontaktpersonenmanagement angewandt und Kinder weitgehend als K1-Personen abgesondert.

Die Steiermark verzeichnete ein stabiles Infektionsgeschehen und die rohe Inzidenz liegt nach wie vor bei 169/100.000. Nur wenige Bezirke verzeichneten Fallanstiege, der Großteil blieb stabil.

Der Vertreter aus der Steiermark bestätigt die stabile Lage. Ab kommendem Montag wird ein weiteres Testzentrum in Knittelfeld in Betrieb genommen. Zudem werden weiterhin Testbusse in auffälligen Gemeinden eingesetzt. Bezirke mit den höchsten 7-Tages-Inzidenzen werden analysiert und es werden gezielte PCR-Testungen angeboten. Gemäß heutiger AGES-Morgenmeldung liegt die Steiermark in der Inzidenz bereits an zweiter Stelle in Österreich. Zum am stärksten betroffenen Bezirk Leibnitz wird von mehreren Ausbrüchen in Schulen und Kindergärten berichtet. In Alten- und Pflegeheimen gibt es nur mehr vereinzelte Ausbrüche, die primär von Neuzugängen ausgelöst werden.

Schmid bestätigt die positive Entwicklung im Bereich der Alten- und Pflegeheime sowie die stärkere Betroffenheit des Bildungsbereichs. R_{eff} liegt in der Steiermark nahe 1.

Die Situation in Tirol ist mit einem Anstieg von 17 % und einer Inzidenz von 158/100.000 wieder klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Während es in Reutte und Schwaz zu einer deutlich positiven Entwicklung gekommen ist, ist der Zentralraum Innsbruck von Fallzunahmen gekennzeichnet. Die Bezirke Lienz und Imst sind in der Inzidenz auffällig.

Für Innsbruck berichtet der Vertreter aus Tirol von einem großen Cluster im Bereich einer Obdachlosen-Einrichtung sowie einem neuen Cluster im Bildungsbereich. In Innsbruck-Land wurden Cluster in einer Behinderteneinrichtung sowie in einem Krankenhaus verzeichnet. Dem Hot-Spot Imst wird mit verstärkten Testungen begegnet. Das Fallgeschehen in Lienz ist nach wie vor sehr hoch. Primär treten Ansteckungen im Haushalt bzw. in Bildungseinrichtungen oder im Setting Arbeit auf. Die massiven Maßnahmen im Bezirk Schwaz zeigen nunmehr deutlich positive Auswirkungen.

Schmid ergänzt, dass der Anteil der südafrikanischen Virusvariante in Tirol sehr erfolgreich zurückgedrängt werden konnte. Die britische und die Normvariante halten sich hier nun weitgehend die Waage.

Vorarlberg verzeichnete entgegen dem Bundestrend einen weiteren Rückgang der Inzidenz um 9% auf eine rohe Inzidenz von 60/100.000. Man liegt damit nach wie vor sehr deutlich im Bereich des hohen Risikos. Der Anteil der asymptomatischen Personen liegt in Vorarlberg nun bei rund 29%.

Der Vertreter aus Vorarlberg bestätigt die positive Entwicklung in seinem Bundesland. Die Inzidenz entspricht weitgehend jener der gesamten Bodenseeregion. Auf den Normalstationen wurde ein sinkender Trend verzeichnet, die Auslastung der Intensivstationen ist gering. Die Verbreitung der Virusvarianten bleibt stabil bzw. ist sogar rückläufig.

Auch in Wien wurde ein Anstieg der Inzidenz von 21% auf eine rohe 7-Tages-Inzidenz von 274/100.000 verzeichnet. Das Testgeschehen ist nach wie vor hoch.

Die Vertreterin aus Wien bestätigt die steigenden Zahlen. Die Aufklärungsrate konnte mit 72% dennoch hochgehalten werden. Das Projekt „Alles gurgelt“ wird weiter ausgerollt. Erfreulich ist der Rückgang der Fälle in Pflegeeinrichtungen. Der Großteil der geimpften Personen bleibt bei Infektionen asymptomatisch bzw. zeigt nur geringe Symptome.

Schmid ergänzt, dass der Anteil asymptomatischer Personen in Wien im Vergleich deutlich höher ist, was zum Teil auf die hohe Testfrequenz zurückgeführt werden kann.

Die vorbereitete und gestern ausgeschickte Beschlussgrundlage wird aufgerufen. Der Trend bei den Virusvarianten wurde entfernt, da die Darstellung nicht mehr zielführend scheint. Gegenüber der gestrigen Version neu aufgenommen wurde der 14-Tages-Trend bei den über 65-Jährigen. Es gibt keine Korrekturen oder Änderungswünsche seitens der Kommissionsmitglieder.

Der vorab ausgeschickte Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich wird aufgerufen. Die Inhalte und Darstellungen sind weitgehend unverändert zu jenen der Vorwoche. Wie heute bereits erläutert, wurden die Darstellungen zur Kapazitätserhebung neu aufgenommen.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien präzisiert Schmid, dass die Abbildung zu Testungen auf Seite 12 auf den Daten des BMI (SKKM-Meldungen) beruht. Es sind hier keine Schul- oder Apothekentests enthalten. Herzog avisiert zusätzliche Auswertungen aus der Screening-Datenbank. Über eine etwaige Aufnahme in den Bericht soll nach deren Vorliegen entschieden werden.

In Bezug auf die Empfehlungen schlägt Ostermann vor, einen Verweis auf die spezielle Situation hinsichtlich der Kapazitäten in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland aufzunehmen.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, inwieweit die Übernahme von ICU-PatientInnen anderer Bundesländer bei der Darstellung der Auslastung berücksichtigt wird und ob damit einhergehend die Situation in Niederösterreich derzeit unterschätzt wird. Herzog bestätigt diese Ausführungen und verweist nochmals auf die von Ferdin für Dienstag avisierte Arbeitsgruppe. Reich hinterfragt, ob bei zunehmender Auslastung Wiens übernommene PatientInnen rücktransferiert oder Wiener PatientInnen in andere Bundesländer transferiert werden müssen. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) führt aus, dass ein Rücktransfer von ECMO-PatientInnen aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Generell wird angeregt die Frage von TransferpatientInnen in den Erhebungen (besser) zu berücksichtigen. Der Vertreter aus Oberösterreich hebt hervor, dass hier das Risiko gegebenenfalls unterschätzt wird. Herzog fasst zusammen, dass die heutige Diskussion in der Arbeitsgruppe kommenden Dienstag aufgegriffen und in Form einer Gastpatientenerfassung umgesetzt werden soll.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) verweist auf die Inzidenzkurven der östlichen Bundesländer und betont, dass sich die Systeme hier kurz vor einer Sättigung befinden. Es muss daher rasch das Management der Situation in Form eines dynamischen Austauschs zwischen den Bundesländern umgesetzt werden. Herzog hebt hervor, dass in der Kommission seit Jänner vom dynamischen Anstieg der Fallzahlen und deren Auswirkungen auf die Belagssituation berichtet wird. Er fragt nach, welche Gruppe geeignet wäre, um diese kritische Situation zu lösen.

Der Vertreter aus Oberösterreich schlägt vor, je Bundesland einen Intensiv-Koordinator einzusetzen, die wechselseitig bilaterale Transfernotwendigkeiten abstimmen. Man befinde sich derzeit in einer Situation, wo ECMO-PatientInnen transferiert werden müssen, da bundeslandeigene Kapazitäten fallweise nicht ausreichen.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) berichtet auf Nachfrage von Herzog, dass IntensivkoordinatorInnen in Wien bereits etabliert und namhaft gemacht sind. Dies scheint nicht in allen Bundesländern der Fall zu sein.

Herzog regt an eine Formulierung, nämlich dass ein Netzwerk an IntensivkoordinatorInnen einzurichten ist, in die Empfehlung aufzunehmen und ersucht die LändervertreterInnen dies in den jeweiligen Ländern weiterzuleiten und voranzutreiben. Er weist an dieser Stelle darauf hin, dass Wien nach wie vor im Rahmen der Kapazitätsmeldung des Bundes seine Daten nicht über das automatisierte Tool einmeldet.

Netzer fragt in Hinblick auf den Passus zu effizienteren und sensitiveren Testverfahren nach, welche Einsatzgebiete konkret gemeint sind. Herzog verweist auf die aktuelle Situation Vorarlbergs mit sehr breitflächigem Einsatz von Eintrittstestungen.

Es kommt zu einer Pause, in der die Empfehlungen gemäß der vorhergehenden Diskussion ergänzt und in dieser Form an alle Mitglieder der Kommission ausgeschickt werden. Um eine interne Abstimmung zu ermöglichen, wird nach der Pause mit TOP 4 fortgesetzt.

4. Berichte

Diskussion über Regionalisierung von Maßnahmen – Entwicklung einer Toolbox

Reich (BMSGPK) präsentiert die vorab ausgeschickte Toolbox für regionale Maßnahmen in Gebieten mit hohen Inzidenzen. Die Einstufung erfolgt grundlegend anhand des Manuals der Corona-Kommission und orientiert sich an der 7-Tages-Inzidenz sowie ergänzenden Kriterien.

Es werden nach diesen Kriterien 3 Klassen von Bundesländern sowie 2 Stufen für behördliche Maßnahmen definiert. Darüber hinaus sind Möglichkeiten für inhaltliche Lockerungen angeführt, die an das Erreichen bestimmter Inzidenzgrenzen gebunden sind. Für die kommenden Osterfeiertage wird vorgeschlagen Besuche mit Testungen zuzulassen (analog zur Weihnachtsregelung für den Zeitraum Karfreitag bis einschl. Ostermontag). Religiöse Veranstaltungen sollten wo möglich Outdoor stattfinden.

Rizzoli (Land Tirol) berichtet von gesetzten Maßnahmen auf Bezirks- und Gemeindeebene in seinem Bundesland. In Tirol findet ein tägliches Monitoring auf Gemeindeebene statt. Es wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass neben den reinen Inzidenzen auch andere Faktoren (Bevölkerungszahl etc.) einbezogen werden müssen. Er betont, dass von der Entscheidung bis zur Umsetzung maximal 4 Tage anberaumt werden. Nur so sei die Situation rasch und effizient in den Griff zu bekommen. Mögliche Handlungsfelder sind eine Testverpflichtung bei Ausreise sowie Interventionen im Bereich Bildungseinrichtungen und Handel. Hervorgehoben wird die Notwendigkeit

(lückenloser) Kontrollen an vordefinierten Kontrollpunkten, die hier rollierend zwischen 6 und 20 Uhr besetzt werden.

Erste Erfahrungen zu breitflächigen Impfungen zeigen Herausforderungen in Bezug auf die Impfung immobiler Personen auf. Mobile Impfteams binden hier im Vergleich mit der Inanspruchnahme von Krankentransporten rund 50% weniger Personal. Hinsichtlich der Logistik wird die Bedeutung der Kommissionierung der Waren betont. Es sollte stets ein disponierbarer Bestand an Spritzen und Nadeln vorrätig sein. In Bezug auf Back-up-Listen wurden den Gemeinden klare Vorgaben gemacht, die auch kontrolliert werden müssen.

→ *siehe Anhang 5: TOP 4_Tirol_CK_2021_03_18.*

Strauß (BMSGPK) gibt einen Überblick über den Status Quo zur Umsetzung des Erlasses betreffend zusätzlicher Maßnahmen in Hochinzidenzgebieten. Die bereits im Erlass definierten Ausnahmen wurden weitgehend umgesetzt, regional gab es darüber hinaus weitere Ausnahmen. Die gezeigte Präsentation versteht sich als Ideensammlung für die zuvor präsentierte Toolbox.

→ *siehe Anhang 6: TOP 4_Hochrisikoinzidenz_Erlass PPT Strauss Version 18_3_2021*

Die Vertreterin aus Niederösterreich fragt nach der etwaigen (rechtlichen) Verbindlichkeit der Toolbox. Zudem fragt sie nach dem Zweck verpflichtender Antigentests als Zutrittstests im Handel, wo ohnedies bereits FFP2-Maskenpflicht und Kapazitätsbeschränkungen gelten. Sie gibt zu bedenken, dass die im Erlass genannte Anforderung, die Ausreisetestpflicht erst nach 10 Tagen mit einer Inzidenz unter 200 zu beenden, schwer zu erreichen ist. So würden die betroffenen Gebiete gegenüber anderen mit einer Inzidenz von beispielsweise 300/100.000 schlechter gestellt werden. Die Vertreterin aus Salzburg schließt sich dieser Wortmeldung an.

Der Vertreter aus Vorarlberg regt an, in der Impfstrategie nicht nur nach Alter zu reihen, sondern auch RisikopatientInnen vorzuziehen und dies schriftlich festzuhalten. Er verweist auf Medienberichte, wonach bald der grüne Pass implementiert werden soll und regt an, diesen Aspekt zu berücksichtigen.

Der Vertreter aus Oberösterreich hinterfragt, ob sich die in der Toolbox vorgeschlagenen Maßnahmen auf Bezirks- oder auf Gemeindeebene beziehen. Er gibt zu bedenken, dass hier Größenordnungen in Form der Bevölkerungszahlen beachtet werden müssen. Gewisse Gemeinden in Oberösterreich haben vergleichbar viele EinwohnerInnen wie ein großer Gemeindebau in Wien. Ein Vergleich unterschiedlicher Gemeinde- bzw. Bezirksgrößen mit großen Bundesländern scheint nicht zielführend zu sein. Zudem sei die Kontrollierbarkeit von Maßnahmen zu beachten. Große Flächenbezirke in Oberösterreich seien in dieser Hinsicht z.B. nicht mit Tiroler Gemeinden vergleichbar. Darüber hinaus wird berichtet, dass Assistenzkräfte des Bundesheeres fallweise aus Teststraßen abgezogen werden, um Ausreisekontrollen durchzuführen. Vorgeschlagen wird, wie in anderen Ländern fallweise umgesetzt, anstelle von Bezirks- oder Gemeindegrenzen Kilometer-Radien für Regelungen und deren Kontrollen zu definieren.

Ostermann erläutert, dass es im Bundesland Tirol gelungen ist, die bisherigen Erfahrungen zu nutzen und ein sehr effizientes System aufzubauen. Regionale Maßnahmen haben in der letzten Zeit in mehreren Gebieten zu einem erfolgreichen Eindämmen der Inzidenzraten geführt. Diese Maßnahmen sind stets auf der Ampel-Website nachzuverfolgen. Die genannten Inzidenzwerte von 200 bzw. 400/100.000 scheinen definitiv nicht zu tief gegriffen. Am Beispiel Wiens gibt er zu bedenken, dass ein Überschreiten der Grenze von 400/100.000 hier zu einer nicht bewältigbaren Situation im Bereich der Intensivstationen führen würde und Maßnahmen daher jedenfalls früher zu ergreifen sind.

Der Vertreter aus Wien nimmt Bezug auf die Maßnahme der Aus- und Einreisetests. Er betont, dass hier bislang keine Verkehrswege umfasst waren, die besonders hoch frequentiert sind. Wien verfügt über 130 Aus- und Einfahrten, die zudem mehrere Autobahnen umfassen. Kontrollen würden das Verkehrsgeschehen der gesamten Ostregion maßgeblich beeinflussen. Zudem fragt er nach, welche Maßnahmen neben den Aus- und Einreisetests geeignet sind, um die Infektionen und nicht nur die Ausbreitung von Virusvarianten einzudämmen.

Heinz betont den Unterschied der Bedeutung der britischen gegenüber der südafrikanischen Variante, da der Schutz von Impfungen gegen Erstere gegeben ist, während für Zweitere vermutlich modifizierte Impfstoffe notwendig sind.

Herzog ersucht darum, sämtliche Anmerkungen zum Dokument schriftlich zu übermitteln. Ein diesbezügliches E-Mail wird noch am Sitzungstag an alle Kommissionsmitglieder ergehen. Die Beratungen der Bundesregierung mit den Landeshauptleuten haben zu dem Auftrag geführt, gemeinsam mit LändervertreterInnen ein Maßnahmenpaket zu entwickeln. Die Corona-Kommission scheint hierfür das geeignete Setting zu sein. Die Toolbox stellt einen ersten Vorschlag dar und hat derzeit keine Rechtsverbindlichkeit. Eine solche hat derzeit lediglich der angesprochene Erlass, der durchaus einen gewissen Gestaltungsspielraum einräumt (z.B. Fokussierung auf einzelne Gemeinden anstelle ganzer Bezirke).

Zur 10-Tages-Grenze verweist er nochmals darauf, dass Kontrollen stichprobenartig erfolgen und mit zunehmend positiver Entwicklung gelockert werden können.

Hinsichtlich der Impfungen bestätigt Herzog die Wortmeldung des Vertreters aus Vorarlberg, wonach besonderes Augenmerk auf RisikopatientInnen zu legen ist. Die Priorisierung der Altersgruppe 65+ wurde primär vor den aktuellen Entwicklungen im Intensivbelag vorgenommen.

Der Vertreter aus Tirol konkretisiert in Hinblick auf die Kontrollthematik, dass in Tirol rund 1.200 Einsatzkräfte für die Ausreisekontrollen gebunden waren. Ziel der Ausreisetestverpflichtung ist es, Bevölkerungsgruppen zu Testungen zu animieren, die sonst keine Angebote in Anspruch nehmen. Zum Erreichen dieses Ziels scheint es ausreichend, rund 30% der Ein- und Ausfahrten rollierend zu kontrollieren. Dies wäre personell in vernünftigen Rahmen möglich und ausreichend. Zudem hebt er die Möglichkeit hervor, die Anzahl von Ein-/Ausfahrten mittels Fahrverboten zu reduzieren. Aus der bisherigen Erfahrung rät der Vertreter aus Tirol davon ab, etwaige Beschränkungen mit Kilometerradien zu versehen, da dies für die Bevölkerung schwerer nachvollziehbar wäre als die bekannten Bezirks- und Gemeindegrenzen.

Herzog führt aus, dass etwaigen Maßnahmen immer eine Evaluierung durch die lokalen Behörden zugrunde liegt und auf dieser Basis individuell zu entscheiden, ist, welche Maßnahmen in welchem Ausmaß gesetzt werden. Die jetzt definierten Inzidenzzahlen sind ein Ausgangspunkt, um diese Evaluierung zu beginnen. In Hinblick auf die angeführten Maßnahmen verweist er darauf, dass diese derzeit stark an die aktuelle Situation der Virusvarianten angelehnt sind. Gerne werden darüberhinausgehende Vorschläge entgegengenommen.

Eine etwaige rechtliche Umsetzung der Toolbox kann erst nach deren Finalisierung überlegt werden. Herzog ersucht in diesem Zusammenhang nochmals um möglichst konkrete Rückmeldungen und Inputs zur Toolbox bis Montag, 22.03.2021. Ziel wäre es, in der Sitzung nächste Woche eine finale Fassung zu verabschieden.

Die Vertreterin aus Salzburg bestätigt, dass die Grenze von 10 Tagen für eine 7-Tages-Inzidenz von unter 200 aus fachlicher Sicht durchaus sinnvoll ist. In Bezug auf die Akzeptanz und Compliance der

Bevölkerung wird dies aber kritisch erachtet. Eine Anpassung der Kontrollfrequenz wird als geeignete Alternative erachtet.

Auf nochmalige Nachfrage des Vertreters aus Vorarlberg berichtet Herzog, dass die Arbeiten am Green-Pass keinesfalls abgeschlossen sind. Es ist hier mit Maß und Ziel vorzugehen; zunächst müssen technische Lösungen geschaffen werden. Es sollen hier zunächst die Entwicklungen auf EU-Ebene abgewartet werden. Benka (BMSGPK) berichtet, dass die aktuell gültigen Erleichterungen für Genesene eine gute Grundlage für die europäischen Abstimmungen darstellen.

Der Vertreter aus Oberösterreich sieht die aktuelle Toolbox dahingehend kritisch, dass die Klassifizierung anhand fester Inzidenzgrenzen vorgenommen wird. Er regt an, dies noch zu adaptieren. Die Summe von Genesenen und Geimpften beträgt in Oberösterreich je nach Region zwischen 10 und 20 Prozent. Aus seiner Sicht sind die im November besonders betroffenen Regionen aktuell geringeren Inzidenzen unterworfen.

Der Vertreter aus Wien berichtet von einem ihm vorliegenden Entwurf der Stadt Wien für eine Besuchsregelung in Krankenanstalten, wonach 2 Besuche pro Woche möglich sein soll. Hausreither ergänzt, dass im heutigen Gesundheitsausschusses ergänzende Regelungen zum grünen Pass formuliert wurden. Der diesbezügliche Abänderungsantrag soll zeitnah an die Kommissionsmitglieder ausgeschickt werden, etwaige Rückmeldungen sind bis Montag früh möglich.

Teststrategie – Update und Ausblick

Benka verweist auf die in der letzten Sitzung präsentierte aktualisierte Teststrategie. Er berichtet, dass künftig vermehrt Personal aus Teststraßen für den Einsatz in Impfstraßen benötigt wird. Es wurde daher mehrfach der Wunsch geäußert, in Teststraßen die Eigenabnahme von Proben vor Personal zuzulassen. Auch das Zulassen von Selbsttests als Eintrittstests steht in Diskussion. Es sind hier grundlegende Entscheidungen zu treffen.

Darüber hinaus gibt es Überlegungen, künftig vermehrt Pooling-Lösungen für PCR-Tests einzusetzen. Hier sind primär Gurgeltestungen – wie aktuell in Wien bereits durchgeführt – gemeint. Ein breitflächigerer Einsatz könnte dazu beitragen, eine niederschwellige, einfache und ressourcenschonende Testmöglichkeit zu schaffen.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet von den ersten positiven Erfahrungen mit der Registrierung von Selbsttests in seinem Bundesland. Der Test ist nicht absolut fälschungssicher, es wurden aber mehrere Schritte zur Validierung und Absicherung implementiert (zum Ablauf siehe https://youtu.be/qlbHK_Ja02Q). Eine Evaluierung der Strategie ist geplant. Herzog ersucht um einen neuerlichen Erfahrungsbericht in der nächsten Sitzung, was vom Vertreter aus Vorarlberg zugesagt wird.

Allerberger (AGES) warnt vor einer österreichweiten Ausrollung der PCR-Pooling-Testung, bevor die Methode mittels Piloten getestet und grundlegende Fragen geklärt wurden.

Die Vertreterin aus Salzburg fragt nach, ab welcher Inzidenz Pooling-Testungen sinnvoll angewendet werden können. Benka führt aus, dass hier keine festen Grenzen definiert sind. Tanios ergänzt, dass Pool-Größen je nach Inzidenz anzupassen sind, um zu vermeiden, dass alle Pools nachgetestet werden müssen.

Himpele (Wien) berichtet, dass im März in Wien 48% aller Testungen mittels PCR-Test vorgenommen wurden. Im nächstfolgenden Bundesland beträgt dieser Anteil nur 15,1%. Die Teststrategien der Bundesländer weichen somit in der Praxis deutlich voneinander ab und man ersucht, dies im Papier

durchgängig zu berücksichtigen. Die Spezifität von Antigentests wird nicht als problematisch erachtet, da hier mittels PCR-Nachtestung korrigiert werden kann. Problematisch wird aber die Sensitivität der Antigentests gesehen. Im Papier wird ausgeführt, dass 2/3 bis 4/5 der tatsächlich Infektiösen mittels Antigentest in einem Durchgang erkannt werden und man ersucht um Nennung der diesbezüglichen Quelle. Man ersucht darüber hinaus um Nennung der Quelle, wonach eine Selbstabnahme gleichzusetzen ist mit den derzeitigen Abnahmen in Teststraßen. Himpele gibt zu bedenken, dass durch das Zulassen von Selbsttests als Eintrittstestungen die aktuelle Strategie eines qualitativ hochwertigen Testangebots aufgeweicht wird.

Der Vertreter des Bildungsministeriums schließt sich den Wortmeldungen von Allerberger und aus Wien an, wonach noch zahlreiche Fragen offen sind. Er begrüßt die Möglichkeit zum Dokument schriftlich Stellung zu nehmen. Er schlägt vor diesem Hintergrund vor, in der heutigen Beschlussempfehlung den Passus zum Pooling zu entfernen, um keine voreiligen Weichenstellungen zu schaffen.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet, dass zur breitflächigen Ausrollung von PCR-Gurgeltests bereits eine Anfrage ans BMSGPK ergangen ist. Man hinterfragt hier insbesondere die Vergleichbarkeit der Testergebnisse mit jenen von Antigentests und auch den Faktor der Kosten für diese Testungen, die laut eigenen Berechnungen sehr hoch sind.

Benka präzisiert, dass derzeit vor dem Hintergrund des geringeren Personaleinsatzes primär die Selbstabnahme unter Beobachtung als Ersatz für Nasenabstriche in Teststraßen diskutiert wird. Er verweist auf mehrere Studien, wonach die Sensitivität von Antigentests bei Selbstabnahme nicht wesentlich von jener bei Abnahme durch Gesundheitspersonal abweicht.

Das Poolen von Testungen ist derzeit in Diskussion, hier sind aber noch zahlreiche Fragen offen, die es zu klären gibt.

Die von Himpele erwähnte Angabe der 2/3 bis 4/5 stammt von Siebenhofer-Kroitzsch bzw. Gartlehner. Man ersucht diese um nachträgliche Quellenangabe bzw. Klarstellung.

Herzog berichtet anekdotisch aus Israel, wo ein großer Fortschritt im Bereich Impfungen gemacht wurde, dafür aber vergleichsweise sehr geringes Testangebot vorliegt. In beiden Bereichen führend zu sein, scheint nicht organisier- und durchführbar, daher ist über einen effizienten Ressourceneinsatz zu entscheiden. Die kritische Frage in Hinblick auf Selbsttests ist, inwieweit diese als Eintrittstests nutzbar sind. Hier kann und soll man die Erfahrungen aus Vorarlberg als Entscheidungsunterstützung nutzen.

Himpele fragt nochmals nach, ob es die Einschätzung des BMSGPK ist, dass die Sensitivität von Selbsttestungen annähernd gleich ist, wie jene bei den Nasenabstrichen in Teststraßen. Er betont, dass in diesem Fall die Vorgehensweise in Teststraßen sofort umgestellt werden müsste. Schmid stellt richtig, dass eine selbst via Nasenvorhof gewonnene Probe nicht mit einer durch geschultes medizinisches Personal gewonnenen Nasen-Rachen-Probe vergleichbar ist. Zudem unterscheiden sich die unterschiedlichen Antigentests in ihrer Sensitivität selbst bei gleicher Gewinnung der Proben. Benka berichtigt darüber hinaus, dass er nicht die Meinung des BMSGPK wiedergegeben, sondern auf Studien verwiesen hat.

Herzog ersucht nochmals um schriftliche Stellungnahmen zum vorgestellten Dokument bis Montag nächster Woche. Er betont, dass Anstrengungen im Sinne der Effizienz derzeit auf das Forcieren der Impfungen vulnerabler Gruppen fokussiert werden sollen.

5. Einschätzung der aktuellen Risikolage für Österreich (Fortsetzung)

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Bundesland: Vorarlberg

Risikostufe: hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Der in der Pause ergänzte ausgeschickte Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich wird nochmals aufgerufen. Auf Vorschlag des Vertreters des Bildungsministeriums wird der Absatz zu Pooling-Tests entfernt.

Bericht Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Bericht einstimmig angenommen

Der Bericht wird an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt und auf der Ampel-Website veröffentlicht.

→ *siehe Anhang 7: Lageeinschätzung_Corona_Kommission_18.03.2021_finale Fassung*

Die vorbereitete und vorab ausgeschickte APA-Meldung wird aufgerufen. Die Ausführungen sind weitgehend deckungsgleich zu den Textierungen im Bericht. Es wird wieder ausgewiesen, wie viele Bezirke in Summe in der rohen Inzidenz unter 50/100.000 bzw. 100/100.000 liegen, wobei deren Anzahl markant zurückgegangen ist.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschober noch heute an die APA und anschließend an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt.

➔ *siehe Anhang 8: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_18032021_APA*

6. Weitere Vorgehensweise

- 31. Sitzung mit Empfehlung: 25.03.2021, 14:00 – 18:00 Uhr
- Karwoche: vorgezogene Sitzung am Mittwoch, den 31.3.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

30. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 18.03.2021, 14:00-19:00

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 30. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Namen und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 25032021_Anwesenheitsliste_30. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 19 von 20 stimmberechtigten Mitgliedern anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 29. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 29. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 11032021_Corona Kommission_29. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Herzog weist darauf hin, dass die Länder Tirol und Vorarlberg unter TOP 4 einen Bericht zur aktuellen Situation und rezenten Maßnahmen angekündigt haben. Die im Vorfeld ausgeschickten Dokumente dienen als Diskussionsgrundlagen zu diesem TOP, die heute nicht formal abgenommen werden.

3. Einschätzung der aktuellen Risikolage für Österreich

Ferdin (BMSGPK) berichtet über die Kapazitätserhebung des Bundes, die seit letztem Sommer laufend durchgeführt wird. Sie weist darauf hin, dass das diesbezügliche Reporting sowohl den aktuellen Stand als auch die jeweilige 7-Tages-Prognose zum Belag umfasst.

Erhoben werden darin Belag und zur Verfügung stehende Kapazitäten auf Normal- und Intensivpflegestationen. Der Belagstrend der letzten 7 Tage ist in allen Bundesländern mit Ausnahme von Vorarlberg steigend. Dasselbe Bild zeigt sich in Bezug auf den ICU-Belag. Der Trend sei dabei in Abhängigkeit zu den absoluten Ausgangszahlen stets vorsichtig zu interpretieren. Die Zahl der belegten Betten ist in den letzten 14 Tagen deutlich gestiegen.

Herzog weist darauf hin, dass die Zusammenfassung der gezeigten Erhebung in den vorab ausgeschickten Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich inkludiert wurde und dort künftig regelmäßig angeführt werden soll.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, ob gemäß der gezeigten Präsentation die Steigerungen im Bereich Intensivstationen in Oberösterreich mit 16 % im Bundeslandvergleich am Höchsten sind und ob sich in Bezug auf Beatmungsgeräte bereits kritische Situationen im Burgenland und in Tirol ableiten lassen. Ferdin weist darauf hin, dass die Einmeldung in Bezug auf Beatmungsgeräte im Burgenland differiert und die Zahlen daher vorsichtig zu interpretieren sind. Sie bestätigt, dass die Entwicklung in Oberösterreich am stärksten war. Der Vertreter aus Oberösterreich betont, dass von seinem Bundesland IntensivpatientInnen aus einem anderen Bundesland übernommen wurden, was einen Teil des Anstieges erklärt. Dies sei in Bezug auf das Systemrisiko jedenfalls zu berücksichtigen, was von Ferdin bestätigt wird. Sie führt aus, dass insbesondere auch die 14-Tages-Entwicklung in die Betrachtung einbezogen werden muss. Der Vertreter aus Oberösterreich weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass ein Bundesland derzeit keine freien ECMO-Kapazitäten mehr hat.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) fragt nach, ob auch Post-COVID-PatientInnen berücksichtigt werden, die nach einem Intensivaufenthalt auf COVID-Stationen verbleiben. Diese Situation habe im benachbarten Ausland das System wesentlich belastet. Ferdin bestätigt die Wichtigkeit dieser Thematik und verweist auf eine diesbezügliche Abstimmung mit den Ansprechpersonen der Bundesländer, die innerhalb einer Sitzung kommenden Dienstag abgeschlossen werden soll. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) betont, dass das aufgezeigte Problem bereits jetzt sehr bedeutsam ist.

Der Vertreter aus Wien fragt nach dem Hintergrund der heutigen Präsentation bzw. der Kapazitätserhebung selbst und hinterfragt etwaige Implikationen. Ostermann erläutert, dass Prognoserechnung und Kapazitätsvorschau auf diesen Daten basieren. Auch vor dem Hintergrund der immer weiteren Verbreitung der Virusvarianten scheint es essenziell, diese Informationen laufend zu beobachten. Daher soll die Kapazitätserhebung wie erwähnt künftig regelmäßig in den Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich aufgenommen werden.

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums, die mit jenen der letzten Woche vergleichbar sind, zumal sich die maßgeblichen Grundlagen sich nicht wesentlich verändert haben. Die britische Virusvariante stellt österreichweit bereits rund 75% der Infektionen dar, in einigen Bundesländern sind schon über 90% der Infektionen dieser Variante zuzurechnen.

Die aktuelle Prognose geht von einem Infektionsgeschehen von rund 3.300 Fällen/Tag aus. Die 7-Tages-Inzidenz wird am 24.3. mit 263 erwartet, wobei sich die starken Unterschiede zwischen den Bundesländern fortsetzen. Der Belag auf den Intensivstationen wird gemäß Prognose von derzeit 19,6% bis zum 24.3. auf 25,5% ansteigen. Es wird darauf hingewiesen, dass im Burgenland eine Überschreitung der per 16.3. gemeldeten Kapazitäten im Intensivbereich erwartet wird. Die Kapazitätsvorschau sieht darüber hinaus in Wien eine Überschreitung der Auslastungsgrenze von 33% COVID-Belag an der ICU-Gesamtkapazität in den nächsten Tagen vor. In Niederösterreich ist eine Überschreitung dieser Grenze innerhalb des 68%-Intervalls möglich. Auch in Oberösterreich und Tirol wird der Intensivbelag laut Prognose deutlich ansteigen.

Eine Neuberechnung der Szenarien konnte entgegen der letztwöchigen Ankündigung mangels vollständiger Datengrundlagen zu Impfungen noch nicht vorgenommen werden. Die Beobachtung der bereits bekannten Szenarien zeigt, dass die exponentielle Wachstumskurve des Worst-Case-Szenarios rezent durchbrochen werden konnte. Gegebenenfalls wirkt hier der Anteil von Personen mit bereits durchgemachter Infektion in Kombination mit einer fortschreitenden Impfung von bereits rund 15-30% der Bevölkerung moderierend. Zudem scheinen die gesetzten Maßnahmen in Hochinzidenzgebieten ihre Wirkung zu zeigen und Einfluss auf die Gesamtinzidenz zu nehmen. Ob sich

diese Entwicklung fortsetzt, wird engmaschig zu beobachten sein. Im Bereich der Belagsentwicklung bewegt man sich derzeit zwischen Baseline- und Worst-Case-Szenario.

→ *siehe Anhang 3: TOP 3 Prognose*

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation und zum Status Quo der Varianten-Surveillance. Die 7-Tages-Inzidenz zum 16.3. liegt bei 213,5/100.000. R_{eff} hält sich in den letzten Tagen stabil bei rund 1,1. Von KW 6 bis KW 10 zeigt sich jeweils ein leichter Anstieg bei der Anzahl der Testungen, die Positivitätsrate flacht in den letzten Tagen langsam ab. Das Infektionsgeschehen wird derzeit von der Kohorte der 6-24-Jährigen dominiert. Lokale Cluster sind das dominierende Übertragungssetting, es gibt kaum Fälle mit Reiseassoziation. Nach wie vor dominiert das Haushaltssetting. Während in KW 5 noch rund 10% der Fälle dem Setting Gesundheit und Soziales zugeordnet werden konnten, traten in KW 10 nur mehr 1,5% der Fälle in diesem Setting auf. Die Mortalität in der Altersgruppe über 85 Jahren ist weiterhin rückläufig, es zeichnet sich rezent ein leichter Anstieg in der Altersgruppe der 75-84-Jährigen ab.

Eine Trendanalyse der Altersgruppen bis 25 Jahren zeigt ein zwischen den Bundesländern heterogenes Bild. Bei der Gruppe bis 6 Jahre gibt es nur im Burgenland und in Wien einen steigenden Trend. In der Altersgruppe der 6-14-Jährigen gibt es in mehr als der Hälfte der Bundesländer einen steigenden Trend, bei den 15-19-Jährigen weisen nur 3 Bundesländern einen stabilen, alle anderen einen steigenden Trend auf. Der Anteil der im Bildungsbereich erworbenen Cluster ist im Burgenland, in Salzburg und Vorarlberg im Vergleich zur Vorperiode deutlich zurückgegangen.

Daten zu den Testungen im Bildungsbereich zeigen für KW 9 und 10 eine stabile Entwicklung. Die Testfrequenz bei LehrerInnen hat zwischen KW 9 und 10 deutlich zugenommen. Damit geht ein Unterschied in der Positivitätsrate einher, die in der Lehrerpoptation rund 10 Mal höher ist als in der Schülerpopulation. Nach wie vor wird der Großteil der im Bildungssetting erworbenen Cluster von LehrerInnen ausgelöst.

Der Anteil der Fälle mit Variants of Concern liegt österreichweit bei knapp 75%. Am Höchsten ist der Anteil mit fast 95% im Burgenland, am Geringsten in Vorarlberg mit 33%. Dominant ist die britische Variante, der Anteil der südafrikanischen Variante konnte auf insgesamt unter 0,5% zurückgedrängt werden.

→ *siehe Anhang 4: Ampel_slides_2021-03-17*

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs.

Die Entwicklung im Burgenland hat sich mit einem Anstieg von 13% auf eine rohe Inzidenz von knapp 250/100.000 fortgesetzt. Anstiege wurden in fast allen Bezirken verzeichnet. Kritisch ist die hohe Auslastung der Intensivstationen zu betrachten.

Der Vertreter aus dem Burgenland verweist auf intensive Maßnahmen im Bezirk Jennersdorf. Als Hauptproblem wird die Auslastung der Intensivstationen erachtet, wobei in Bezug auf die Schaffung zusätzlicher Kapazitäten insbesondere der Faktor des verfügbaren Personals kritisch ist. Im Bildungsbereich wurden die Impfungen der PädagogInnen vorgezogen und ein intensives Kontaktpersonenmanagement etabliert und durchgeführt. Berichtet wird von Problemen bei der Datenbereinigung, wodurch die Fallzahlen ggf. verzerrt werden.

Schmid führt aus, dass Wien durch das genannte Datenproblem in der letzten Woche benachteiligt wurde, was zwischenzeitlich bereinigt werden konnte. Nunmehr kam es zu Fehlzuordnungen im Bezirk Eisenstadt Stadt, die es noch zu bereinigen gilt. Als problematisch werden im Burgenland nach wie vor die häufigen Einträge im Kindergartenbereich erachtet. Auf Nachfrage berichtet der Vertreter aus dem Burgenland, dass 72% der PädagogInnen zur Impfung angemeldet waren. In 49 Gemeinden gibt es Testangebote für Antigentests sowie 7 Stationen für PCR-Testungen.

Die Situation in Kärnten ist mit einem Anstieg von nur einem Prozent stabil. Die rohe 7-Tages-Inzidenz liegt nunmehr bei 187,4/100.000 und damit nach wie vor deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos. In Hermagor konnte ein Rückgang der Fallzahlen um rund 34% verzeichnet werden.

Die Vertreterin aus Kärnten berichtet, dass sich die Situation in Hermagor weitgehend beruhigt hat, aber nach wie vor unter Beobachtung steht. Es werden nun stichprobenartig Ausreisekontrollen vorgenommen. Zum geplanten KAP-Survey wird eine bilaterale Abstimmung mit Siebenhofer-Kroitzsch avisiert.

In Niederösterreich betrug der Inzidenz-Anstieg rund 6%. Die aktuelle rohe Inzidenz liegt bei 235/100.000. Nach wie vor liegt die Inzidenz in Wiener Neustadt Stadt über 500/100.000. Auch Wiener Neustadt Land hat die Schwelle von 400/100.000 bereits überschritten, in Neunkirchen zeigt die Entwicklung klar in diese Richtung.

Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet von einem Ausbruch in der Justizanstalt Stein mit rund 30 Fällen. Die geplante Impfkation für PädagogInnen am kommenden Wochenende musste mangels Impfstoffes eingeschränkt werden. Die Kontrollen der Ausreisetestungen in Wr. Neustadt laufen weitgehend reibungslos. Auch Wiener Neustadt Land bereitet sich auf verstärkte Maßnahmen vor, wobei man sich hier auf besonders betroffene Gemeinden rund um Wr. Neustadt fokussieren wird. Auch in Neunkirchen bereitet man sich auf eventuell verstärkte Maßnahmen vor.

Schmid ergänzt, dass der stabile Trend des Verbreitungsgeschehens bei über 65-Jährigen sowie bei älteren SchülerInnen in Niederösterreich trotz der kritischen Gesamtentwicklung hervorzuheben ist. Das Aufkommen an Bildungscleistern im Bundesland ist nach wie vor erhöht. Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet von einer probeweisen Implementierung von Lollipop-Tests im Bereich Kindergarten. In Hochinzidenzgebieten wurde zudem die Maskenpflicht für KindergartenpädagogInnen wiedereingeführt.

Oberösterreich hat mit einem Anstieg von 20% auf eine rohe 7-Tages-Inzidenz von 195/100.000 einen deutlich steigenden Trend zu verzeichnen. Mehrere Bezirke verzeichneten markante Fallanstiege und weisen eine Inzidenz von über 300/100.000 aus.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von einer nach wie vor stabilen Situation in den Spitälern, auch im Bereich der Intensivstationen. Es wurde hier dennoch die nächste Stufe im Krisenplan aktiviert, da man mit einem weiteren Anstieg der Fallzahlen rechnet. Auf den Normalstationen ist die Situation insbesondere vor dem Hintergrund der guten Durchimpfung im Bereich der Alten- und Pflegeheime entspannter. Das Durchschnittsalter der PatientInnen auf Normalstationen sinkt. Im Bezirk Braunau sind Fälle im Zusammenhang mit Betrieben, Kindergärten und Schulen aufgetreten, die sich gut abgrenzen lassen. Im Bezirk Perg sowie in Gemeinden, die an den Bezirk Freistadt angrenzen, wurden zahlreiche Fälle identifiziert, wobei ein großer Anteil davon K1-Personen sind. Ansteckungen konnten hier auf den Transport in Schulbussen zurückgeführt werden. Man geht davon aus, dass im Bezirk Perg der Peak bereits überschritten wurde. Für den Bezirk Kirchdorf konnten primär Familiencluster identifiziert werden. Es folgt nun eine genaue Analyse, Kontrollen sollen verstärkt werden. Der Bezirk Wels Land, der bereits länger auffällig ist, wird ebenfalls verstärkter Analyse und Kontrolle

unterworfen. Man rechnet mit einer weiterhin verstärkten Inanspruchnahme im stationären Bereich in den nächsten Wochen.

Schmid hebt hervor, dass im 14-Tages-Trend in Oberösterreich auch in der Altersgruppe 65+ ein markanter Anstieg verzeichnet wurde. Diese Fälle sind primär dem Haushaltssetting zuzuordnen, wobei es sich häufig um Groß- bzw. Mehrfamilienausbrüche, ausgelöst durch Feierlichkeiten, handelt. Auch die Schülerpopulation ist in Oberösterreich vergleichsweise stark betroffen.

Die Lage in Salzburg war ebenfalls durch einen Inzidenzanstieg von 19 gekennzeichnet. Die rohe Inzidenz liegt bei 284/100.000. Mit Ausnahme von Sankt Johann im Pongau haben alle Bezirke einen Anstieg der Inzidenz zu verzeichnen.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet, dass die Ausgangsbeschränkungen im Gasteinertal dazu beigetragen haben, die Situation zu stabilisieren. Jene in Radstadt wurden aufgrund der positiven Entwicklung bereits aufgehoben. Cluster wurden im Bereich Sport, Tanz und auch in Familien verzeichnet. Darüber hinaus treten zahlreiche Fälle im Bereich Schulen und Kindergärten auf. Es wurden Ansteckungen trotz (behaupteter) getragener FFP-2-Maske bzw. K2-Status verzeichnet. In Schulen wird nun ein verschärftes Kontaktpersonenmanagement angewandt und Kinder weitgehend als K1-Personen abgesondert.

Die Steiermark verzeichnete ein stabiles Infektionsgeschehen und die rohe Inzidenz liegt nach wie vor bei 169/100.000. Nur wenige Bezirke verzeichneten Fallanstiege, der Großteil blieb stabil.

Der Vertreter aus der Steiermark bestätigt die stabile Lage. Ab kommendem Montag wird ein weiteres Testzentrum in Knittelfeld in Betrieb genommen. Zudem werden weiterhin Testbusse in auffälligen Gemeinden eingesetzt. Bezirke mit den höchsten 7-Tages-Inzidenzen werden analysiert und es werden gezielte PCR-Testungen angeboten. Gemäß heutiger AGES-Morgenmeldung liegt die Steiermark in der Inzidenz bereits an zweiter Stelle in Österreich. Zum am stärksten betroffenen Bezirk Leibnitz wird von mehreren Ausbrüchen in Schulen und Kindergärten berichtet. In Alten- und Pflegeheimen gibt es nur mehr vereinzelte Ausbrüche, die primär von Neuzugängen ausgelöst werden.

Schmid bestätigt die positive Entwicklung im Bereich der Alten- und Pflegeheime sowie die stärkere Betroffenheit des Bildungsbereichs. R_{eff} liegt in der Steiermark nahe 1.

Die Situation in Tirol ist mit einem Anstieg von 17 % und einer Inzidenz von 158/100.000 wieder klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Während es in Reutte und Schwaz zu einer deutlich positiven Entwicklung gekommen ist, ist der Zentralraum Innsbruck von Fallzunahmen gekennzeichnet. Die Bezirke Lienz und Imst sind in der Inzidenz auffällig.

Für Innsbruck berichtet der Vertreter aus Tirol von einem großen Cluster im Bereich einer Obdachlosen-Einrichtung sowie einem neuen Cluster im Bildungsbereich. In Innsbruck-Land wurden Cluster in einer Behinderteneinrichtung sowie in einem Krankenhaus verzeichnet. Dem Hot-Spot Imst wird mit verstärkten Testungen begegnet. Das Fallgeschehen in Lienz ist nach wie vor sehr hoch. Primär treten Ansteckungen im Haushalt bzw. in Bildungseinrichtungen oder im Setting Arbeit auf. Die massiven Maßnahmen im Bezirk Schwaz zeigen nunmehr deutlich positive Auswirkungen.

Schmid ergänzt, dass der Anteil der südafrikanischen Virusvariante in Tirol sehr erfolgreich zurückgedrängt werden konnte. Die britische und die Normvariante halten sich hier nun weitgehend die Waage.

Vorarlberg verzeichnete entgegen dem Bundestrend einen weiteren Rückgang der Inzidenz um 9% auf eine rohe Inzidenz von 60/100.000. Man liegt damit nach wie vor sehr deutlich im Bereich des hohen Risikos. Der Anteil der asymptomatischen Personen liegt in Vorarlberg nun bei rund 29%.

Der Vertreter aus Vorarlberg bestätigt die positive Entwicklung in seinem Bundesland. Die Inzidenz entspricht weitgehend jener der gesamten Bodenseeregion. Auf den Normalstationen wurde ein sinkender Trend verzeichnet, die Auslastung der Intensivstationen ist gering. Die Verbreitung der Virusvarianten bleibt stabil bzw. ist sogar rückläufig.

Auch in Wien wurde ein Anstieg der Inzidenz von 21% auf eine rohe 7-Tages-Inzidenz von 274/100.000 verzeichnet. Das Testgeschehen ist nach wie vor hoch.

Die Vertreterin aus Wien bestätigt die steigenden Zahlen. Die Aufklärungsrate konnte mit 72% dennoch hochgehalten werden. Das Projekt „Alles gurgelt“ wird weiter ausgerollt. Erfreulich ist der Rückgang der Fälle in Pflegeeinrichtungen. Der Großteil der geimpften Personen bleibt bei Infektionen asymptomatisch bzw. zeigt nur geringe Symptome.

Schmid ergänzt, dass der Anteil asymptomatischer Personen in Wien im Vergleich deutlich höher ist, was zum Teil auf die hohe Testfrequenz zurückgeführt werden kann.

Die vorbereitete und gestern ausgeschickte Beschlussgrundlage wird aufgerufen. Der Trend bei den Virusvarianten wurde entfernt, da die Darstellung nicht mehr zielführend scheint. Gegenüber der gestrigen Version neu aufgenommen wurde der 14-Tages-Trend bei den über 65-Jährigen. Es gibt keine Korrekturen oder Änderungswünsche seitens der Kommissionsmitglieder.

Der vorab ausgeschickte Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich wird aufgerufen. Die Inhalte und Darstellungen sind weitgehend unverändert zu jenen der Vorwoche. Wie heute bereits erläutert, wurden die Darstellungen zur Kapazitätserhebung neu aufgenommen.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien präzisiert Schmid, dass die Abbildung zu Testungen auf Seite 12 auf den Daten des BMI (SKKM-Meldungen) beruht. Es sind hier keine Schul- oder Apothekentests enthalten. Herzog avisiert zusätzliche Auswertungen aus der Screening-Datenbank. Über eine etwaige Aufnahme in den Bericht soll nach deren Vorliegen entschieden werden.

In Bezug auf die Empfehlungen schlägt Ostermann vor, einen Verweis auf die spezielle Situation hinsichtlich der Kapazitäten in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland aufzunehmen.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, inwieweit die Übernahme von ICU-PatientInnen anderer Bundesländer bei der Darstellung der Auslastung berücksichtigt wird und ob damit einhergehend die Situation in Niederösterreich derzeit unterschätzt wird. Herzog bestätigt diese Ausführungen und verweist nochmals auf die von Ferdin für Dienstag avisierte Arbeitsgruppe. Reich hinterfragt, ob bei zunehmender Auslastung Wiens übernommene PatientInnen rücktransferiert oder Wiener PatientInnen in andere Bundesländer transferiert werden müssen. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) führt aus, dass ein Rücktransfer von ECMO-PatientInnen aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Generell wird angeregt die Frage von TransferpatientInnen in den Erhebungen (besser) zu berücksichtigen. Der Vertreter aus Oberösterreich hebt hervor, dass hier das Risiko gegebenenfalls unterschätzt wird. Herzog fasst zusammen, dass die heutige Diskussion in der Arbeitsgruppe kommenden Dienstag aufgegriffen und in Form einer Gastpatientenerfassung umgesetzt werden soll.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) verweist auf die Inzidenzkurven der östlichen Bundesländer und betont, dass sich die Systeme hier kurz vor einer Sättigung befinden. Es muss daher rasch das Management der Situation in Form eines dynamischen Austauschs zwischen den Bundesländern umgesetzt werden. Herzog hebt hervor, dass in der Kommission seit Jänner vom dynamischen Anstieg der Fallzahlen und deren Auswirkungen auf die Belagssituation berichtet wird. Er fragt nach, welche Gruppe geeignet wäre, um diese kritische Situation zu lösen.

Der Vertreter aus Oberösterreich schlägt vor, je Bundesland einen Intensiv-Koordinator einzusetzen, die wechselseitig bilaterale Transfernotwendigkeiten abstimmen. Man befinde sich derzeit in einer Situation, wo ECMO-PatientInnen transferiert werden müssen, da bundeslandeigene Kapazitäten fallweise nicht ausreichen.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) berichtet auf Nachfrage von Herzog, dass IntensivkoordinatorInnen in Wien bereits etabliert und namhaft gemacht sind. Dies scheint nicht in allen Bundesländern der Fall zu sein.

Herzog regt an eine Formulierung, nämlich dass ein Netzwerk an IntensivkoordinatorInnen einzurichten ist, in die Empfehlung aufzunehmen und ersucht die LändervertreterInnen dies in den jeweiligen Ländern weiterzuleiten und voranzutreiben. Er weist an dieser Stelle darauf hin, dass Wien nach wie vor im Rahmen der Kapazitätsmeldung des Bundes seine Daten nicht über das automatisierte Tool einmeldet.

Netzer fragt in Hinblick auf den Passus zu effizienteren und sensitiveren Testverfahren nach, welche Einsatzgebiete konkret gemeint sind. Herzog verweist auf die aktuelle Situation Vorarlbergs mit sehr breitflächigem Einsatz von Eintrittstestungen.

Es kommt zu einer Pause, in der die Empfehlungen gemäß der vorhergehenden Diskussion ergänzt und in dieser Form an alle Mitglieder der Kommission ausgeschickt werden. Um eine interne Abstimmung zu ermöglichen, wird nach der Pause mit TOP 4 fortgesetzt.

4. Berichte

Diskussion über Regionalisierung von Maßnahmen – Entwicklung einer Toolbox

Reich (BMSGPK) präsentiert die vorab ausgeschickte Toolbox für regionale Maßnahmen in Gebieten mit hohen Inzidenzen. Die Einstufung erfolgt grundlegend anhand des Manuals der Corona-Kommission und orientiert sich an der 7-Tages-Inzidenz sowie ergänzenden Kriterien.

Es werden nach diesen Kriterien 3 Klassen von Bundesländern sowie 2 Stufen für behördliche Maßnahmen definiert. Darüber hinaus sind Möglichkeiten für inhaltliche Lockerungen angeführt, die an das Erreichen bestimmter Inzidenzgrenzen gebunden sind. Für die kommenden Osterfeiertage wird vorgeschlagen Besuche mit Testungen zuzulassen (analog zur Weihnachtsregelung für den Zeitraum Karfreitag bis einschl. Ostermontag). Religiöse Veranstaltungen sollten wo möglich Outdoor stattfinden.

Rizzoli (Land Tirol) berichtet von gesetzten Maßnahmen auf Bezirks- und Gemeindeebene in seinem Bundesland. In Tirol findet ein tägliches Monitoring auf Gemeindeebene statt. Es wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass neben den reinen Inzidenzen auch andere Faktoren (Bevölkerungszahl etc.) einbezogen werden müssen. Er betont, dass von der Entscheidung bis zur Umsetzung maximal 4 Tage anberaumt werden. Nur so sei die Situation rasch und effizient in den Griff zu bekommen. Mögliche Handlungsfelder sind eine Testverpflichtung bei Ausreise sowie Interventionen im Bereich Bildungseinrichtungen und Handel. Hervorgehoben wird die Notwendigkeit

(lückenloser) Kontrollen an vordefinierten Kontrollpunkten, die hier rollierend zwischen 6 und 20 Uhr besetzt werden.

Erste Erfahrungen zu breitflächigen Impfungen zeigen Herausforderungen in Bezug auf die Impfung immobiler Personen auf. Mobile Impfteams binden hier im Vergleich mit der Inanspruchnahme von Krankentransporten rund 50% weniger Personal. Hinsichtlich der Logistik wird die Bedeutung der Kommissionierung der Waren betont. Es sollte stets ein disponierbarer Bestand an Spritzen und Nadeln vorrätig sein. In Bezug auf Back-up-Listen wurden den Gemeinden klare Vorgaben gemacht, die auch kontrolliert werden müssen.

→ *siehe Anhang 5: TOP 4_Tirol_CK_2021_03_18.*

Strauß (BMSGPK) gibt einen Überblick über den Status Quo zur Umsetzung des Erlasses betreffend zusätzlicher Maßnahmen in Hochinzidenzgebieten. Die bereits im Erlass definierten Ausnahmen wurden weitgehend umgesetzt, regional gab es darüber hinaus weitere Ausnahmen. Die gezeigte Präsentation versteht sich als Ideensammlung für die zuvor präsentierte Toolbox.

→ *siehe Anhang 6: TOP 4_Hochrisikoinzidenz_Erlass PPT Strauss Version 18_3_2021*

Die Vertreterin aus Niederösterreich fragt nach der etwaigen (rechtlichen) Verbindlichkeit der Toolbox. Zudem fragt sie nach dem Zweck verpflichtender Antigentests als Zutrittstests im Handel, wo ohnedies bereits FFP2-Maskenpflicht und Kapazitätsbeschränkungen gelten. Sie gibt zu bedenken, dass die im Erlass genannte Anforderung, die Ausreisetestpflicht erst nach 10 Tagen mit einer Inzidenz unter 200 zu beenden, schwer zu erreichen ist. So würden die betroffenen Gebiete gegenüber anderen mit einer Inzidenz von beispielsweise 300/100.000 schlechter gestellt werden. Die Vertreterin aus Salzburg schließt sich dieser Wortmeldung an.

Der Vertreter aus Vorarlberg regt an, in der Impfstrategie nicht nur nach Alter zu reihen, sondern auch RisikopatientInnen vorzuziehen und dies schriftlich festzuhalten. Er verweist auf Medienberichte, wonach bald der grüne Pass implementiert werden soll und regt an, diesen Aspekt zu berücksichtigen.

Der Vertreter aus Oberösterreich hinterfragt, ob sich die in der Toolbox vorgeschlagenen Maßnahmen auf Bezirks- oder auf Gemeindeebene beziehen. Er gibt zu bedenken, dass hier Größenordnungen in Form der Bevölkerungszahlen beachtet werden müssen. Gewisse Gemeinden in Oberösterreich haben vergleichbar viele EinwohnerInnen wie ein großer Gemeindebau in Wien. Ein Vergleich unterschiedlicher Gemeinde- bzw. Bezirksgrößen mit großen Bundesländern scheint nicht zielführend zu sein. Zudem sei die Kontrollierbarkeit von Maßnahmen zu beachten. Große Flächenbezirke in Oberösterreich seien in dieser Hinsicht z.B. nicht mit Tiroler Gemeinden vergleichbar. Darüber hinaus wird berichtet, dass Assistenzkräfte des Bundesheeres fallweise aus Teststraßen abgezogen werden, um Ausreisekontrollen durchzuführen. Vorgeschlagen wird, wie in anderen Ländern fallweise umgesetzt, anstelle von Bezirks- oder Gemeindegrenzen Kilometer-Radien für Regelungen und deren Kontrollen zu definieren.

Ostermann erläutert, dass es im Bundesland Tirol gelungen ist, die bisherigen Erfahrungen zu nutzen und ein sehr effizientes System aufzubauen. Regionale Maßnahmen haben in der letzten Zeit in mehreren Gebieten zu einem erfolgreichen Eindämmen der Inzidenzraten geführt. Diese Maßnahmen sind stets auf der Ampel-Website nachzuverfolgen. Die genannten Inzidenzwerte von 200 bzw. 400/100.000 scheinen definitiv nicht zu tief gegriffen. Am Beispiel Wiens gibt er zu bedenken, dass ein Überschreiten der Grenze von 400/100.000 hier zu einer nicht bewältigbaren Situation im Bereich der Intensivstationen führen würde und Maßnahmen daher jedenfalls früher zu ergreifen sind.

Der Vertreter aus Wien nimmt Bezug auf die Maßnahme der Aus- und Einreisetests. Er betont, dass hier bislang keine Verkehrswege umfasst waren, die besonders hoch frequentiert sind. Wien verfügt über 130 Aus- und Einfahrten, die zudem mehrere Autobahnen umfassen. Kontrollen würden das Verkehrsgeschehen der gesamten Ostregion maßgeblich beeinflussen. Zudem fragt er nach, welche Maßnahmen neben den Aus- und Einreisetests geeignet sind, um die Infektionen und nicht nur die Ausbreitung von Virusvarianten einzudämmen.

Heinz betont den Unterschied der Bedeutung der britischen gegenüber der südafrikanischen Variante, da der Schutz von Impfungen gegen Erstere gegeben ist, während für Zweitere vermutlich modifizierte Impfstoffe notwendig sind.

Herzog ersucht darum, sämtliche Anmerkungen zum Dokument schriftlich zu übermitteln. Ein diesbezügliches E-Mail wird noch am Sitzungstag an alle Kommissionsmitglieder ergehen. Die Beratungen der Bundesregierung mit den Landeshauptleuten haben zu dem Auftrag geführt, gemeinsam mit LändervertreterInnen ein Maßnahmenpaket zu entwickeln. Die Corona-Kommission scheint hierfür das geeignete Setting zu sein. Die Toolbox stellt einen ersten Vorschlag dar und hat derzeit keine Rechtsverbindlichkeit. Eine solche hat derzeit lediglich der angesprochene Erlass, der durchaus einen gewissen Gestaltungsspielraum einräumt (z.B. Fokussierung auf einzelne Gemeinden anstelle ganzer Bezirke).

Zur 10-Tages-Grenze verweist er nochmals darauf, dass Kontrollen stichprobenartig erfolgen und mit zunehmend positiver Entwicklung gelockert werden können.

Hinsichtlich der Impfungen bestätigt Herzog die Wortmeldung des Vertreters aus Vorarlberg, wonach besonderes Augenmerk auf RisikopatientInnen zu legen ist. Die Priorisierung der Altersgruppe 65+ wurde primär vor den aktuellen Entwicklungen im Intensivbelag vorgenommen.

Der Vertreter aus Tirol konkretisiert in Hinblick auf die Kontrollthematik, dass in Tirol rund 1.200 Einsatzkräfte für die Ausreisekontrollen gebunden waren. Ziel der Ausreisetestverpflichtung ist es, Bevölkerungsgruppen zu Testungen zu animieren, die sonst keine Angebote in Anspruch nehmen. Zum Erreichen dieses Ziels scheint es ausreichend, rund 30% der Ein- und Ausfahrten rollierend zu kontrollieren. Dies wäre personell in vernünftigen Rahmen möglich und ausreichend. Zudem hebt er die Möglichkeit hervor, die Anzahl von Ein-/Ausfahrten mittels Fahrverboten zu reduzieren. Aus der bisherigen Erfahrung rät der Vertreter aus Tirol davon ab, etwaige Beschränkungen mit Kilometerradien zu versehen, da dies für die Bevölkerung schwerer nachvollziehbar wäre als die bekannten Bezirks- und Gemeindegrenzen.

Herzog führt aus, dass etwaigen Maßnahmen immer eine Evaluierung durch die lokalen Behörden zugrunde liegt und auf dieser Basis individuell zu entscheiden, ist, welche Maßnahmen in welchem Ausmaß gesetzt werden. Die jetzt definierten Inzidenzzahlen sind ein Ausgangspunkt, um diese Evaluierung zu beginnen. In Hinblick auf die angeführten Maßnahmen verweist er darauf, dass diese derzeit stark an die aktuelle Situation der Virusvarianten angelehnt sind. Gerne werden darüberhinausgehende Vorschläge entgegengenommen.

Eine etwaige rechtliche Umsetzung der Toolbox kann erst nach deren Finalisierung überlegt werden. Herzog ersucht in diesem Zusammenhang nochmals um möglichst konkrete Rückmeldungen und Inputs zur Toolbox bis Montag, 22.03.2021. Ziel wäre es, in der Sitzung nächste Woche eine finale Fassung zu verabschieden.

Die Vertreterin aus Salzburg bestätigt, dass die Grenze von 10 Tagen für eine 7-Tages-Inzidenz von unter 200 aus fachlicher Sicht durchaus sinnvoll ist. In Bezug auf die Akzeptanz und Compliance der

Bevölkerung wird dies aber kritisch erachtet. Eine Anpassung der Kontrollfrequenz wird als geeignete Alternative erachtet.

Auf nochmalige Nachfrage des Vertreters aus Vorarlberg berichtet Herzog, dass die Arbeiten am Green-Pass keinesfalls abgeschlossen sind. Es ist hier mit Maß und Ziel vorzugehen; zunächst müssen technische Lösungen geschaffen werden. Es sollen hier zunächst die Entwicklungen auf EU-Ebene abgewartet werden. Benka (BMSGPK) berichtet, dass die aktuell gültigen Erleichterungen für Genesene eine gute Grundlage für die europäischen Abstimmungen darstellen.

Der Vertreter aus Oberösterreich sieht die aktuelle Toolbox dahingehend kritisch, dass die Klassifizierung anhand fester Inzidenzgrenzen vorgenommen wird. Er regt an, dies noch zu adaptieren. Die Summe von Genesenen und Geimpften beträgt in Oberösterreich je nach Region zwischen 10 und 20 Prozent. Aus seiner Sicht sind die im November besonders betroffenen Regionen aktuell geringeren Inzidenzen unterworfen.

Der Vertreter aus Wien berichtet von einem ihm vorliegenden Entwurf der Stadt Wien für eine Besuchsregelung in Krankenanstalten, wonach 2 Besuche pro Woche möglich sein soll. Hausreither ergänzt, dass im heutigen Gesundheitsausschusses ergänzende Regelungen zum grünen Pass formuliert wurden. Der diesbezügliche Abänderungsantrag soll zeitnah an die Kommissionsmitglieder ausgeschickt werden, etwaige Rückmeldungen sind bis Montag früh möglich.

Teststrategie – Update und Ausblick

Benka verweist auf die in der letzten Sitzung präsentierte aktualisierte Teststrategie. Er berichtet, dass künftig vermehrt Personal aus Teststraßen für den Einsatz in Impfstraßen benötigt wird. Es wurde daher mehrfach der Wunsch geäußert, in Teststraßen die Eigenabnahme von Proben vor Personal zuzulassen. Auch das Zulassen von Selbsttests als Eintrittstests steht in Diskussion. Es sind hier grundlegende Entscheidungen zu treffen.

Darüber hinaus gibt es Überlegungen, künftig vermehrt Pooling-Lösungen für PCR-Tests einzusetzen. Hier sind primär Gurgeltestungen – wie aktuell in Wien bereits durchgeführt – gemeint. Ein breitflächigerer Einsatz könnte dazu beitragen, eine niederschwellige, einfache und ressourcenschonende Testmöglichkeit zu schaffen.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet von den ersten positiven Erfahrungen mit der Registrierung von Selbsttests in seinem Bundesland. Der Test ist nicht absolut fälschungssicher, es wurden aber mehrere Schritte zur Validierung und Absicherung implementiert (zum Ablauf siehe https://youtu.be/qlbHK_Ja02Q). Eine Evaluierung der Strategie ist geplant. Herzog ersucht um einen neuerlichen Erfahrungsbericht in der nächsten Sitzung, was vom Vertreter aus Vorarlberg zugesagt wird.

Allerberger (AGES) warnt vor einer österreichweiten Ausrollung der PCR-Pooling-Testung, bevor die Methode mittels Piloten getestet und grundlegende Fragen geklärt wurden.

Die Vertreterin aus Salzburg fragt nach, ab welcher Inzidenz Pooling-Testungen sinnvoll angewendet werden können. Benka führt aus, dass hier keine festen Grenzen definiert sind. Tanios ergänzt, dass Pool-Größen je nach Inzidenz anzupassen sind, um zu vermeiden, dass alle Pools nachgetestet werden müssen.

Himpele (Wien) berichtet, dass im März in Wien 48% aller Testungen mittels PCR-Test vorgenommen wurden. Im nächstfolgenden Bundesland beträgt dieser Anteil nur 15,1%. Die Teststrategien der Bundesländer weichen somit in der Praxis deutlich voneinander ab und man ersucht, dies im Papier

durchgängig zu berücksichtigen. Die Spezifität von Antigentests wird nicht als problematisch erachtet, da hier mittels PCR-Nachtestung korrigiert werden kann. Problematisch wird aber die Sensitivität der Antigentests gesehen. Im Papier wird ausgeführt, dass 2/3 bis 4/5 der tatsächlich Infektiösen mittels Antigentest in einem Durchgang erkannt werden und man ersucht um Nennung der diesbezüglichen Quelle. Man ersucht darüber hinaus um Nennung der Quelle, wonach eine Selbstabnahme gleichzusetzen ist mit den derzeitigen Abnahmen in Teststraßen. Himpele gibt zu bedenken, dass durch das Zulassen von Selbsttests als Eintrittstestungen die aktuelle Strategie eines qualitativ hochwertigen Testangebots aufgeweicht wird.

Der Vertreter des Bildungsministeriums schließt sich den Wortmeldungen von Allerberger und aus Wien an, wonach noch zahlreiche Fragen offen sind. Er begrüßt die Möglichkeit zum Dokument schriftlich Stellung zu nehmen. Er schlägt vor diesem Hintergrund vor, in der heutigen Beschlussempfehlung den Passus zum Pooling zu entfernen, um keine voreiligen Weichenstellungen zu schaffen.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet, dass zur breitflächigen Ausrollung von PCR-Gurgeltests bereits eine Anfrage ans BMSGPK ergangen ist. Man hinterfragt hier insbesondere die Vergleichbarkeit der Testergebnisse mit jenen von Antigentests und auch den Faktor der Kosten für diese Testungen, die laut eigenen Berechnungen sehr hoch sind.

Benka präzisiert, dass derzeit vor dem Hintergrund des geringeren Personaleinsatzes primär die Selbstabnahme unter Beobachtung als Ersatz für Nasenabstriche in Teststraßen diskutiert wird. Er verweist auf mehrere Studien, wonach die Sensitivität von Antigentests bei Selbstabnahme nicht wesentlich von jener bei Abnahme durch Gesundheitspersonal abweicht.

Das Poolen von Testungen ist derzeit in Diskussion, hier sind aber noch zahlreiche Fragen offen, die es zu klären gibt.

Die von Himpele erwähnte Angabe der 2/3 bis 4/5 stammt von Siebenhofer-Kroitzsch bzw. Gartlehner. Man ersucht diese um nachträgliche Quellenangabe bzw. Klarstellung.

Herzog berichtet anekdotisch aus Israel, wo ein großer Fortschritt im Bereich Impfungen gemacht wurde, dafür aber vergleichsweise sehr geringes Testangebot vorliegt. In beiden Bereichen führend zu sein, scheint nicht organisier- und durchführbar, daher ist über einen effizienten Ressourceneinsatz zu entscheiden. Die kritische Frage in Hinblick auf Selbsttests ist, inwieweit diese als Eintrittstests nutzbar sind. Hier kann und soll man die Erfahrungen aus Vorarlberg als Entscheidungsunterstützung nutzen.

Himpele fragt nochmals nach, ob es die Einschätzung des BMSGPK ist, dass die Sensitivität von Selbsttestungen annähernd gleich ist, wie jene bei den Nasenabstrichen in Teststraßen. Er betont, dass in diesem Fall die Vorgehensweise in Teststraßen sofort umgestellt werden müsste. Schmid stellt richtig, dass eine selbst via Nasenvorhof gewonnene Probe nicht mit einer durch geschultes medizinisches Personal gewonnenen Nasen-Rachen-Probe vergleichbar ist. Zudem unterscheiden sich die unterschiedlichen Antigentests in ihrer Sensitivität selbst bei gleicher Gewinnung der Proben. Benka berichtigt darüber hinaus, dass er nicht die Meinung des BMSGPK wiedergegeben, sondern auf Studien verwiesen hat.

Herzog ersucht nochmals um schriftliche Stellungnahmen zum vorgestellten Dokument bis Montag nächster Woche. Er betont, dass Anstrengungen im Sinne der Effizienz derzeit auf das Forcieren der Impfungen vulnerabler Gruppen fokussiert werden sollen.

5. Einschätzung der aktuellen Risikolage für Österreich (Fortsetzung)

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Bundesland: Vorarlberg

Risikostufe: hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Der in der Pause ergänzte ausgeschickte Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich wird nochmals aufgerufen. Auf Vorschlag des Vertreters des Bildungsministeriums wird der Absatz zu Pooling-Tests entfernt.

Bericht Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Bericht einstimmig angenommen

Der Bericht wird an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt und auf der Ampel-Website veröffentlicht.

→ *siehe Anhang 7: Lageeinschätzung_Corona_Kommission_18.03.2021_finale Fassung*

Die vorbereitete und vorab ausgeschickte APA-Meldung wird aufgerufen. Die Ausführungen sind weitgehend deckungsgleich zu den Textierungen im Bericht. Es wird wieder ausgewiesen, wie viele Bezirke in Summe in der rohen Inzidenz unter 50/100.000 bzw. 100/100.000 liegen, wobei deren Anzahl markant zurückgegangen ist.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschober noch heute an die APA und anschließend an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt.

➔ *siehe Anhang 8: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_18032021_APA*

6. Weitere Vorgehensweise

- 31. Sitzung mit Empfehlung: 25.03.2021, 14:00 – 18:00 Uhr
- Karwoche: vorgezogene Sitzung am Mittwoch, den 31.3.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

13. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 19.11.2020, 14:00-17:30

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Auer begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 13. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Auer.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 19112020_Anwesenheitsliste_13. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen alle stimmberechtigten Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 12. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 12. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Das Protokoll wurde vorab in der geänderten Fassung ausgeschickt. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 12112020_Corona Kommission_12. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

An TOP 3 nehmen heute als einmalige Teilnehmer Niki Popper (TU Wien / dwh) und Stefan Eichwalder (BMSGPK) teil. Popper wird über die Prognosen und Modelle referieren. Eichwalder informiert über die täglichen Kapazitätserhebungen.

3. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Schmid (AGES) gibt einen Überblick zur allgemeinen Lage und zu Auffälligkeiten in Österreich. Beim gleitenden Mittelwert der Neuinfektionen zeichnet sich ein leichter Rückgang ab. Es traten in KW 46 rund 47.740 Infektionen neu auf. Davon konnten 23,6% hinsichtlich der Quelle des Infektionserwerbs abgeklärt werden. Das Durchschnittsalter der Betroffenen ist weiter angestiegen und beträgt nun 44,3 Jahre. Ein großer Teil der älteren Betroffenen stammt aus Alten- und Pflegeheimen. Innerhalb der Unter-25-Jährigen dominiert nach wie vor die Gruppe der Über-15-Jährigen das Fallgeschehen. Die Abklärungsquote konnte bei dieser Altersgruppe in KW 45 rückwirkend auf über 50% erhöht werden. Der Bildungsbereich umfasst in KW 46 nur einen sehr kleinen Teil der Settings. Bildungscluster der KW 46 wurden zudem großteils von LehrerInnen, PädagogInnen oder BetreuerInnen ausgelöst. Das R_{eff} ist auf 1,04 gefallen.

→ siehe Anhang 3: Ampel_slides_2020-11-19

→ siehe Anhang 4: Maßnahmenbewertung_2020-11-18

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Die Prognosen der Vorwoche haben sich als relativ treffsicher herausgestellt. Es wird darauf hingewiesen, dass nach wie vor mehrere Limitationen die Genauigkeit der Daten und damit der Prognosen beeinflussen. Es wurde in der letzten Prognoseperiode ein geringfügiger Rückgang bei den täglichen Neuinfektionen beobachtet, der wohl auf den „Soft-Lockdown“ zurückzuführen ist. Die Auswirkungen des nunmehrigen „harten Lockdowns“ werden sich erst in der nächsten Woche zeigen. Trotz der aktuell moderaten Rückgänge bei den Neuinfektionen wird ein weiterer Anstieg des ICU-Belags erwartet, wobei die Prognose einen Höchststand des Belags von 35% der ICU-Betten vorhersieht. Damit wird die kritische Marke von 33% ICU-Belag in nahezu allen Bundesländern überschritten. Gemäß Hauptvariante der Prognose wird der Intensivbelag in Kärnten die aktuell gemeldete Kapazität für COVID-19-PatientInnen überschreiten, weitere Bundesländer erreichen diese Marke nahezu. Die Situation ist damit nach wie vor kritisch.

→ *siehe Anhang 5: TOP 3 Prognose*

Eichwalder (BMSGPK) referiert die Kapazitätserhebungen der Bundesländer in Bezug auf Intensiv- und Normalpflegebetten, die nun täglich erstellt und zur Verfügung gestellt werden. Die Erhebungen enthalten nicht nur Informationen zum Status Quo, sondern auch über zusätzliche Betten, die für COVID-19-PatientInnen binnen 7 Tagen bereitstellbar sind. Zudem sind für den Intensivbereich Prognosen über den zu erwartenden Belag in 7 Tagen enthalten. Eichwalder betont, dass im Zuge der Erhebung nur Betten gemeldet werden, für die auch das entsprechende Personal zur Verfügung steht. Im Bereich der Geräteausstattung wird erhoben und dargestellt, wie viele Beatmungsgeräte bzw. ECMO insgesamt zur Verfügung stehen und wie viele davon noch frei sind. Es wird ausgeführt, dass die Zahl der verfügbaren Betten durch das zusätzliche Bereitstellen von Kapazitäten rezent gestiegen ist. Darüber hinaus zeigt sich, dass der Anteil der Betten die aktuell mit Nicht-COVID-19-PatientInnen belegt sind, kontinuierlich sinkt.

Aktuell werden aus Wien keine Daten für die Kapazitätserhebung gemeldet. Es ist vorgesehen, möglichst rasch harmonisiert auf eine einzige Datenmeldung zurückzugreifen, wobei ein Umstieg ohne Daten aus Wien nicht möglich ist. Eichwalder hofft, dass dies möglichst rasch umgesetzt werden kann und ersucht hier um Zusammenarbeit.

Popper (TU Wien, dwh GmbH) referiert das Prognosemodell des DWH / der TU Wien. Er zeigt eine Simulation, die das Fortschreiben einer exponentiellen Kurve im Zeitverlauf ab Anfang Juli darstellt. Hier zeigt sich Anfang September ein erster deutlicher Anstieg, gefolgt von einem weiteren Anfang Oktober und einer sehr dynamischen Entwicklung ab Ende Oktober. Ein weiteres Modell vergleicht Kurven unter der Annahme einer unterschiedlichen Awareness und TTI-Performance. Die Simulationen zeigen deutlich, dass das Setzen von Maßnahmen alleine nicht ausreicht, sondern dass die Adherence der Bevölkerung wesentlichen Einfluss nimmt. Ein weiteres Modell zeigt den Unterschied zwischen lokalen und bundeslandweiten Maßnahmen in Bezug auf Betroffenheit von Personen und Wirksamkeit.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt, ob nun gemäß der von Popper präsentierten Folien in rd. 20 Tagen ab dem „harten Lockdown“ mit 40% Fallreduktion zu rechnen ist. Dies wird von Popper verneint, da sich die diesbezügliche Simulation auf die Wirkung der Adherence bezog und eine 40%ige Reduktion nur bei guter Adherence zu erreichen wäre. Zudem bezog sich diese Simulation auf den Lockdown Light. Der Vertreter aus Wien verweist darauf, dass in Simulationen auch von einem idealtypischen Contact Tracing ausgegangen wird. Er hinterfragt, ob dies irgendwo zu einem Erfolg geführt hat. Seinen Ausführungen nach wurde nur in Staaten, wo zusätzliche Überwachung eingesetzt wurde, ein voller Erfolg erzielt.

Popper führt aus, dass das Contact Tracing in Österreich als alleiniges Mittel seiner Ansicht nach aussichtslos ist. Es ist aber ein wesentlicher Schlüsselfaktor im Zusammenspiel mit Adherence und Maßnahmensetzung. Er betont, dass detaillierte Informationen über Kapazitäten und Wirksamkeit des Contact Tracings für die Modellierungen sehr wertvoll wären.

Schmid führt auf Nachfrage des Vertreters von Wien aus, dass kein kausaler Schluss zwischen dem Lockdown Light und der aktuellen Entwicklung gezogen werden kann, wonach sich eine Trendwende in Richtung einer Stabilisierung abzeichnet. Die Veränderungen der Clustersettings werden in Relation zu den gesetzten Maßnahmen analysiert, wobei diese Analysen erst mit einer Erhöhung der Aufklärungsquote eine höhere Aussagekraft haben werden.

Auer berichtet am Beispiel von Sankt Wolfgang vom Erfolg rascher Contact Tracing Maßnahmen.

Heinz hinterfragt die Verfügbarkeit detailliertere Fallinformationen über die jüngst verzeichneten Todesfälle, um hier ggf. Learnings zur Verhinderung künftiger Fälle anzustellen.

Schmid berichtet, dass aus dem EMS derzeit keine Verbindung zwischen Mortalität bzw. Ausgang der Erkrankung und Quelle des Falles hergestellt werden kann.

Der Vertreter aus Kärnten führt aus, dass sich seiner Ansicht nach in Kärnten eine sehr besorgniserregende Entwicklung, insbesondere in Bezug auf die Kapazitäten, abzeichnet. Er hinterfragt Gründe für diese Entwicklung und ob Einflussfaktoren wie die aktuelle Wetterlage bei den Prognosen berücksichtigt werden.

Bachner führt aus, dass man mit der KABEG in engem Austausch steht und dass in Kärnten bereits die Kapazitäten erhöht wurden. Der Einfluss von Wetterphänomenen kann nicht beurteilt werden.

Auer führt aus, dass in Kärnten insbesondere zahlreiche Einträge in Alten- und Pflegeheimen zur dramatischen Situation beigetragen haben. Es ist daher nach wie vor großer Wert auf den Schutz der BewohnerInnen derartiger Einrichtungen zu legen.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet von seinen Beobachtungen in den Nachbarstaaten. In Deutschland lässt sich eine andere Entwicklung als in Österreich beobachten.

Popper führt aus, dass in den Staaten gänzlich unterschiedliche Vorgehensweisen gewählt werden, um die Epidemie zu bewältigen. Der Einfluss des Wetters kann in den Modellen nur bedingt abgebildet werden, da es keine Evidenz für kausale Zusammenhänge gibt. Er bestätigt aber die Ausführungen von Auer, dass insbesondere Einträge in Alten- und Pflegeheimen massive Auswirkungen auf den Intensivbelag haben.

Der Vertreter aus Wien bestätigt die Ausführungen von Auer in Hinblick auf lokale Maßnahmen.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von gänzlich unterschiedlichen Teststrategien in den Bundesländern, die dazu führen, dass bei stark unterschiedlichen Fallzahlen auch die Sterblichkeit unterschiedlich ist, primär in Abhängigkeit dazu, welche Altersgruppe wie stark betroffen ist.

Der Vertreter aus Wien verweist auf Berichte über den Sommer, die von einer verstärkten Fallentwicklung in der kalten Jahreszeit analog der Entwicklung bei Influenza ausgegangen sind. Schmid führt dazu aus, dass die Surveillance von Influenza derzeit nur einen Anstieg von „influenza-like-illnesses“ zeigt. Im diesbezüglichen Sentinelsystem hat sich die Nachweisrate von COVID-19 aktuell ansteigend dargestellt, worüber Redlberger nächste Woche in der Kommission berichten wird.

Eichwalder betont nochmals die Wichtigkeit solider Datengrundlagen für etwaige Modellierungen und Prognosen. Er ersucht Wien nochmals um Unterstützung bei der Datenmeldung in Bezug auf die Kapazitäten.

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es erfolgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs. Aufgrund der Homogenität der Einschätzungen wird ein Überblick zur Gesamtsituation gegeben und nicht auf Bezirksebene vorgegangen.

Bachner führt aus, dass sich auf Basis der Daten für ganz Österreich ein sehr hohes Risiko ergibt. Die Entwicklungen sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich. Eine Stabilisierung bzw. leichte Verbesserung zeigt sich im Burgenland, in Niederösterreich, Oberösterreich, der Steiermark, in Tirol, Vorarlberg und Wien. In Kärnten und Salzburg hat sich die Inzidenz hingegen leicht erhöht. Die Abklärungsquote ist zwischen den Bundesländern unterschiedlich und liegt zwischen 9% und 34%. Die Positivity-Rate lag in der letzten Woche österreichweit bei knapp über 20%. Wie in der letzten Woche traten im Großen Walsertal weniger als 10 Fälle auf, aber auch hier entspricht die Risikoeinschätzung in der Gesamtschau einem sehr hohen Risiko.

Schmid führt aus, dass sich die Abklärungsquote rückwirkend erhöhen wird. Es werden für die KW 46 wohl rund 50% erreicht werden. Sie berichtet, dass in Oberösterreich Contact und Source Tracing getrennt wurden. Ersteres erfolgt lokal in Oberösterreich, zweiteres wird vom Bundesheer anhand eines standardisierten Fragebogens dezentral durchgeführt. Diese Vorgehensweise hat sich als sehr effizient herausgestellt.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

„Aufgrund der entsprechenden Kontextinformationen sind alle Bezirke, alle Bundesländer und das gesamte Staatsgebiet mit sehr hohem Risiko einzustufen.“

Bezirke: alle

Bundesländer: alle

Staatsgebiet Österreich

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Es wird nach einer Pause die parallel vorbereitete APA-Meldung zum Sitzungsergebnis gezeigt. Gegen die Meldung bestehen keine Einwände seitens der Mitglieder. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschöber noch heute an die APA und anschließend an die Bezirkshauptleute übermittelt.

➔ *siehe Anhang 6: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_19112020_APA*

4. Berichte

Kurzbericht Monitoring Schutzmaßnahmen

Bachner erläutert den im Vorfeld vorbereiteten Kurzbericht zum Monitoring der COVID-19 Schutzmaßnahmen samt Beilagen, der analog des Berichts der letzten Woche erstellt wurde. Die Schlussfolgerung lautet, dass es zu einem Rückgang der Steigerungsrate kam, wiewohl auf hohem, gleichfalls systemkritischen Niveau. Die Gefahr einer Überlastung des Gesundheitssystems (insb. der Intensivversorgung) ist nach wie vor akut gegeben.

Schmid ergänzt, dass Fälle, die ausschließlich über Antigentests identifiziert wurden, nicht in die Analyse eingehen. Eine Adaptation des EMS in diese Richtung ist aber bereits in Arbeit. Sie verweist darauf, dass es nach wie vor zu Verzögerungen bei der Einmeldung ins EMS kommt, jedoch in deutlich geringerem Ausmaß als in den drei Vorwochen.

→ siehe Anhang 7: *Kurzbericht_Maßnahmenmonitoring_19112020*

Ergebnis der Anhörung zur COVID-19-Notmaßnahmenverordnung

Es sind 6 Rückmeldungen zur COVID-19-Notmaßnahmenverordnung eingelangt, die dokumentiert wurden.

→ siehe Anhang 8: *COVID-19_NotMV_Rückmeldungen_15112020*

Herzog berichtet von einer geplanten Novelle der NotMV, die sich primär auf Klarstellungen und Definitionen zu einzelnen Punkten bezieht. Die Novelle soll im Hauptausschuss des Nationalrates kommenden Mittwoch behandelt werden. Eine Befassung der Kommission sowie von ExpertInnen ist ab morgen avisiert und wird per E-Mail erfolgen.

Österreichische COVID-19-Impfstrategie (Land Wien)

Auer berichtet den aktuellen Stand des Österreichischen Plans zur COVID-19-Impfung. Dieser wurde bereits in der LSD-Konferenz am Dienstag berichtet, stellt aber Work-In-Progress dar.

Die Beschaffung erfolgt im Rahmen einer gemeinsamen europäischen Initiative auf Basis eines breiten, gemeinsamen Portfolios. In Summe ergibt sich daraus ein Zugang zu 1,7 Milliarden Impfdosen europaweit bzw. 16,5 Millionen Impfdosen für Österreich. Es wird demnach ausreichend Impfstoff für die gesamte Bevölkerung verfügbar sein.

Ziel wäre eine Durchimpfungsrate größer als 50%, was durch einen zugehenden Zugang bei den Impfungen unterstützt werden soll. Planung und operative Umsetzung erfolgen in intensiver Kooperation mit dem Bundesheer. Eine weitere Kooperation mit dem Pharmagroßhandel in Bezug auf Lagerung und Auslieferung ist vorgesehen.

In Phase I der Durchführung, die im Jänner beginnt, wird der Impfstoff ausschließlich in organisierten Settings (u. A. Alten- und Pflegeheime) zur Verfügung stehen. In Phase II, die ab Februar avisiert wird, sollen auch Personen über 65 Jahren außerhalb von Einrichtungen sowie Personen mit systemrelevanten Berufen geimpft werden. Die Allgemeinbevölkerung wird ab dem 2. Quartal in Phase III adressiert.

Selbst nur auf Basis der beiden Impfstoffe von AstraZeneca und BioNTech/Pfizer könnten bis September 2021 insgesamt 4,5 Millionen Menschen in Österreich geimpft werden.

Kritische Faktoren sind der exakte Zeitpunkt der Marktzulassung sowie tatsächliche Produktions- und Lieferkapazitäten der Hersteller. Notwendig wird jedenfalls auch ein überzeugendes Kommunikationskonzept sein.

Auer schließt mit dem Bericht, dass die Belastung in den Gesundheitsbehörden aktuell schon sehr hoch ist. Aus diesem Grund wurde hier die Organisationsstärke des Bundesheeres aktiviert und es soll künftig auch die Zusammenarbeit mit den Gemeinden über den Gemeindebund genutzt werden.

Der Vertreter aus Vorarlberg verweist auf Gerüchte aus Industriekreisen, wonach Engpässe für Spritzen und Nadeln befürchtet werden. Er fragt darüber hinaus nach, ob sich Individuen aussuchen dürfen, mit welcher Klasse von Impfstoffen sie geimpft werden oder ob dies primär auf Basis der Verfügbarkeit entschieden wird.

Auer führt aus, dass es in Hinblick auf die Beschaffung der Verbrauchsgüter mehrere Pläne gibt. Es wurde ein strategisches Lager für COVID-19-Bedarfsgüter angelegt, wo bereits 2 Millionen Spritzen und Nadeln lagern. Darüber hinaus wurde eine Einkaufsaktion über die Bundesbeschaffungsagentur gestartet und nach Auskunft der BBG soll ausreichend Material verfügbar sein. Zudem hat man sich an einer Einkaufsaktion auf EU-Ebene beteiligt. In Bezug auf die Verteilung der Impfstoffe wird das nationale Impfgremium wohl Empfehlungen hinsichtlich der Eignung der Impfstoffe für bestimmte Personengruppen hervorbringen. Unter der Annahme, dass der Impfstoff von BioNTech als erster verfügbar ist, wird dieser primär in Phase I verimpft werden. Demnach würden die in Hinblick auf Lagerung und Handling einfacheren Impfstoffe von AstraZeneca bzw. Johnson&Johnson eher bei den breitflächigeren Impfaktionen in der Peripherie eingesetzt werden.

Heinz fragt nach einer möglichen begleitenden Analyse von Schutzwirkung und Dauer des Schutzes, auch in Hinblick auf ggf. notwendige Auffrischungsimpfungen. Darauf repliziert Auer, dass begleitende Studien auf EU-Ebene akkordiert werden, da alle Impfstoffe in allen 27 EU-Staaten zur Anwendung kommen werden.

Gartlehner gibt zu bedenken, dass es in Österreich viele Impfskeptiker gibt und fragt nach, ob es hier Pläne zur proaktiven Kommunikation an diese Gruppe gibt. Auer berichtet, dass das als eines der wichtigsten Arbeitspakete identifiziert wurde. Es liegen aber noch keine konkreten Konzepte vor.

Der Vertreter aus Wien bedankt sich für die Präsentation. Er fasst zusammen, dass Beschaffung, Finanzierung und Anlieferung der Impfstoffe zentral geregelt werden und auf Landesebene in Kooperation mit dem Bundesheer die konkrete Organisation der Impfungen abgewickelt werden muss. Es sind somit viele offene Fragen geklärt.

Schnelltests von großen Teilen der Bevölkerung (Land Wien)

Der Vertreter aus Wien informiert über Berichte, wonach erste Massentests bereits in 12 Tagen beginnen sollen. Er berichtet von Erfahrungsberichten aus der Slowakei, wonach die Organisation solcher Testungen eine durchaus große Herausforderung darstellt.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) präsentiert eine vorab übermittelte Zusammenfassung zum Thema Bevölkerungsweite SARSCoV2 Antigen-Schnelltests. Die dort dargestellten Berechnungen beruhen auf Annahmen einer Sensitivität von zumindest 80% und einer Spezifität von 98%. Er betont, dass insbesondere bei einer geringen Vortestwahrscheinlichkeit ein spezielles Augenmerk auf falsch positive Ergebnisse gelegt werden muss. Unter der Annahme, dass 1% der Bevölkerung aktiv infiziert ist, wären bei 1 Million durchgeführten Antigen-Schnelltests demzufolge beinahe 20.000 ProbandInnen falsch positiv und rund 6000 ProbandInnen falsch negativ.

Wesentliche Herausforderung ist demnach der Umgang mit den zu erwartenden falsch positiven Ergebnissen und damit einhergehend der gezielter Einsatz derartiger Screeningtests.

Gschiel bedankt sich für die Darstellung aus Wien, die er als sehr wertvoll erachtet und er schließt sich inhaltlich an.

Gartlehner stimmt den vom stellvertretenden Mitglied aus Wien präsentierten Fakten in allen Punkten zu. Er bestätigt, dass der Einsatz von Antigentests nur bei mehrmaliger Anwendung zuverlässig ist und dass die damit einhergehenden logistischen Herausforderungen kaum zu bewältigen sind.

Siebenhofer-Kroitzsch stimmt den Vorrednern ebenfalls zu. Sie hinterfragt den aktuellen Stand der Planungen zum breitflächigen Einsatz von Schnelltests und wer hinter diesen Planungen steht. Sie gibt zu bedenken, dass der Begriff „Massentests“ jedenfalls ungeeignet ist und regt an, hier alternative Formulierungen zu wählen. Sie stellt zur Diskussion, ein gemeinsames Statement der Kommission in Richtung Beratung politischer Entscheidungsträger zu formulieren.

Heinz gibt zu bedenken, dass die Compliance der Bevölkerung nach Ende des derzeitigen Lockdowns einen kritischen Faktor darstellt. Es ist daher jedenfalls zu vermeiden, dass die Bevölkerung durch den Einsatz von Schnelltests in potentiell falscher Sicherheit gewogen wird. Das könnte dazu führen, dass Schutzmaßnahmen nicht mehr in ausreichendem Maß eingehalten werden.

Die Vertreterin des BKA berichtet auf Nachfrage von Auer, dass ihrem Wissensstand nach das Gesundheitsministerium derzeit an Vorgaben zum Einsatz von Schnelltests arbeitet. Darüber hinausgehende Informationen sind ihr nicht bekannt.

Der Vertreter des Landes Oberösterreich bestätigt, dass Sensitivität und Spezifität der Antigentests vorsichtig zu betrachten sind. Er berichtet von noch niedrigeren Werten beim Einsatz von Antigentests bei asymptomatischen Personen, als von Wien präsentiert. Er betont, dass das Einhalten von Schutzmaßnahmen wesentlich höhere Wichtigkeit hat, als der Einsatz von Antigentests und bestätigt die Sorge von Heinz, dass die Compliance dadurch abnehmen könnte.

Auer regt an, die jeweiligen politischen Vorgesetzten von den heutigen Analysen in Kenntnis zu setzen.

Schmid führt aus, dass das große Problem bei Screeningtests, wie von Binder ausgeführt, die geringe Vortestwahrscheinlichkeit ist. Zudem sind die Implikationen positiver Tests (Isolation und damit einhergehende Kontaktaufnahme alle 2 Tage, Folgetestung etc.) zu bedenken und entsprechend zu planen.

Der Vertreter aus Wien führt aus, dass es keine ausreichenden Testkapazitäten gibt, um bei allen im Rahmen von bevölkerungsweiten Antigen-Screeningtests positiv getesteten Personen weitere (PCR)-Tests durchzuführen. Weiters führt er aus, dass in Ländern wie der Slowakei nur ein negativer Testbefund eine Quarantäne ausgeschlossen hat. Es fehlt ihm die Vorstellung, wie eine solche Vorgehensweise in Österreich umgesetzt werden soll. Er gibt daher zu bedenken, dass bei den genannten Implikationen (falsch) positiver Tests die Teilnahmerate an derartigen Testungen auf freiwilliger Basis sehr gering sein könnte. Zudem gibt es weitere Implikationen, wie z.B. den Ausfall von Arbeitskräften auch in der kritischen Infrastruktur. Weiters hinterfragt er, ob die dafür benötigten Tests vom Bund zur Verfügung gestellt würden.

Der Vertreter aus Tirol präzisiert, dass ohne eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen bevölkerungsweite Screeningtests für die Behörden nicht umsetzbar sind. Jeder positive Fall aus diesen Tests müsste als positiver Fall behandelt werden, was die Kapazitäten der Bezirksverwaltungsbehörden aus seiner Sicht jedenfalls sprengen würde.

Allerberger schließt sich den Vorrednern an. Die ECDC plant eine neue Falldefinition, wonach ein einzelner Antigentest bei asymptomatischen Personen nicht ausreicht, sondern durch einen zweiten Antigentest bestätigt werden muss. Er sieht es schwierig, derartige Vorgaben der Bevölkerung verständlich zu machen.)

Herzog resümiert, dass vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Diskussion und der fallweise unklaren Datenlage heute keine Empfehlung zu diesem TOP getroffen werden soll. Er unterstreicht die heutigen Ausführungen der Kommissionsmitglieder und verweist auf rezente Medienberichte zu einem Interview von Gartlehner. Es gibt Ansätze und Überlegungen zu einem sinnvollen breitflächigeren Einsatz von Antigentests, was aber enormer Anstrengungen im Bereich der Organisation bedarf. Derzeit wird ein sinnvoller Einsatz in spezifischen Settings (z. B. Bildungseinrichtungen – Testung von PädagogInnen; Testung im Setting körpernaher Dienstleistungen, etc.) geprüft. Dies setzt aber eine vollständige und sinnvolle Erfassung der Testungen und der Ergebnisse voraus. Hier könnte bei den Arbeiten bzw. Strukturen im Zuge der Tourismustestungen angesetzt werden, wobei diesbezügliche Diskussionen noch nicht abgeschlossen sind.

Das Thema des breitflächigen Einsatzes von Antigentests soll vor diesem Hintergrund in der nächsten Woche nochmals auf die Tagesordnung genommen und die weitere Vorgehensweise reflektiert werden. Die durchaus kritischen Wortmeldungen der heutigen Sitzung wird er gerne an die politischen Verantwortungsträger weitertragen.

Grundsätzliches weiteres Vorgehen der Corona Kommission (Land Wien)

Der Vertreter aus Wien führt aus, dass vor der Entwicklung der letzten Monate in Frage zu ziehen ist, ob die Vorgehensweise der Kommission erfolgreich war. Mit Verweis auf den Vortrag von Popper gibt er zu bedenken, dass reines Contact Tracing ebenfalls nicht zum Erfolg führt. Eine Analyse erfolgreicher Länder zeigt, dass dort funktionierendes Contact Tracing in Ergänzung mit starkem Eingriff in die Bevölkerungsrechte erfolgreich war. Dies ist für Österreich so nicht umsetzbar. Beobachtungen zeigen auch, dass Abschottung und restriktive Einreiseregimes zu niedrigen Infektionsraten beitragen. Auch hier sieht man die Umsetzbarkeit in Österreich so nicht gegeben. Es bleibt also die Notwendigkeit weiter Regelungen und den Regelungsrahmen zu überarbeiten und hier Maßnahmen zu setzen. Der Vertreter aus Wien gibt zu bedenken, dass der Lockdown Light bisher nur zu einer Dämpfung, aber nicht zu einem starken Rückgang der Infektionen geführt hat. Es ist demnach davon auszugehen, dass die Fallzahlen nicht mehr auf das Niveau vom Sommer sinken werden. Er äußert die Sorge, dass nach einer breitflächigen Öffnung am 6. Dezember die Fallzahlen wieder rasch und stark ansteigen werden.

Auer führt aus, dass diese Sorge auch im BMSGPK geteilt wird. Er regt an, dass alle Mitglieder hier bis zur nächsten Sitzung Informationen und Unterlagen vorbereiten und teilen sollen, um in der nächsten Sitzung einen informierten Diskurs zu führen.

Herzog ergänzt, dass die Beibehaltung des Systems der Risikobewertung und des Maßnahmenmonitorings zum Ziel hat, eine Verbesserung der Situation wahrzunehmen und konkrete Vorschläge und Ideen zu deren Beibehaltung zu entwickeln.

Siebenhofer-Kroitzsch äußert ihre Verwunderung darüber, dass der in der letzten Woche gefasste Beschluss zur Bildung unmittelbar nach Befassung der Kommission sehr detailliert in den Medien kommuniziert wurde. Herzog berichtet, dass die Überraschung darüber von Seiten des BMSGPK geteilt wurde. Es ist nicht klar, wie der Beschluss an die Öffentlichkeit gelangt ist. Der Unmut darüber wird von mehreren Mitgliedern geteilt.

5. Weitere Vorgehensweise

Die heute getroffene Empfehlung ist dokumentiert und wird in dieser Form an die Politik übermittelt. Auch der Kommission wird das Ergebnis zusammen mit dem Protokoll zugänglich gemacht.

➔ *siehe Anhang 9: Empfehlung der Corona Kommission_20201119*

- 14. Sitzung mit Empfehlung: 26.11., 14 – 18 Uhr

27. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 25.02.2021, 14:00-18:00

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 27. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ *siehe Anhang 1: 25022021_Anwesenheitsliste_27. Sitzung*

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 18 von 20 stimmberechtigten Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 26. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 26. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Eine irrtümlich nicht übernommene Korrektur des Landes Wien wurde bereits ergänzt. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ *siehe Anhang 2: 18022021_Corona Kommission_26. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen*

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Das in der letzten Sitzung avisierte Thema Testen wird auf die nächste Sitzung verschoben, da die Vorbereitungsarbeiten noch nicht abgeschlossen sind.

Zur Anhörung zur 2. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung sind 3 Stellungnahmen eingelangt (Kollaritsch, BMJ und Land Wien), die entsprechend dokumentiert wurden.

D'Orlando (BMSGPK) führt aus, dass mit dieser Novelle primär die Testpflicht im Bereich mobile Dienste sowie Besuchsregelungen in Alten- und Pflegeheimen geändert werden.

→ *siehe Anhang 3: 2. Novelle 4. SchuMaV_Rückmeldungen_24022021*

Die Novellen zum Epidemiegesetz und COVID-19-Maßnahmengesetz sollen nächste Woche in Begutachtung gehen.

3. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. In der letzten Woche wurden Inzidenzanstiege in fast allen Regionen Österreichs verzeichnet und die effektive Reproduktionszahl (R_{eff}) liegt nun wieder über 1. Die aktuelle Prognose geht davon aus, dass sich dieser Trend fortsetzen wird. Die Variante B.1.1.7 ist bezogen auf ganz Österreich mit einer geschätzten Prävalenz von 57 % bereits dominant. Der Anteil des erhöhten Testgeschehens am gesamten Fallaufkommen wird auf max. 15 % geschätzt. Es wird in der nächsten Prognoseperiode ein

durchschnittliches Fallaufkommen von 2.200 täglichen Fällen erwartet. Am Ende der Prognoseperiode wird eine 7-Tages-Inzidenz von 178 erwartet.

Die effektive Reproduktionszahl der Varianten mit N501Y wurden im Vergleich zu den vorangegangenen Varianten analysiert. Die Varianten mit N501Y haben demnach ein um durchschnittlich 27% höheres R_{eff} . Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien erläutert Bachner, dass die Grafik auch die jeweiligen Konfidenzintervalle der dargestellten R_{eff} enthält und somit die Spannbreiten visualisiert sind.

Die Kapazitätsvorschau zeigt einen erwarteten Anstieg des Intensivbelags von 13 % auf 17 % am Ende der Prognoseperiode, wobei es hier deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt. Lediglich in Tirol und Vorarlberg zeigen sich leicht sinkende bzw. stagnierende Tendenzen, in den anderen Bundesländern wird von mehr oder weniger starken Anstiegen beim Bettenbelag ausgegangen, der sowohl die Intensiv- als auch die Normalpflege betrifft. Es ist daher anzuraten, entsprechende Vorkehrungen für einen Anstieg des Bettenbelages zu treffen.

Bachner bestätigt auf Nachfrage des Vertreters von Wien, dass das hohe Testgeschehen entsprechend der gezeigten Auswertungen kaum Einfluss auf die Hospitalisierungsraten hat. Der Vertreter aus Wien merkt an, dass eine Modellierung über den Prognosezeitraum von 2 Wochen hinaus wünschenswert wäre. Es werden daraufhin drei per 17.2. berechnete Szenarien aufgerufen, die längerfristige Simulationen darstellen. Den Simulationen zufolge würde ab dem 6.3. ein Wendepunkt bei den Inzidenzen sowie beim Bettenbelag erreicht. Es wird hervorgehoben, dass die aktuelle Inzidenz sogar leicht über dem modellierten Worst-Case-Szenario liegt.

➔ *siehe Anhang 4: TOP 4 Prognose*

Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet von einer beobachteten Verschiebung der Infektionen in Richtung jüngerer Kohorten und hinterfragt, ob dies in den gezeigten Modellierungen berücksichtigt wurde, was von Bachner bestätigt wird. Ebenfalls nachgefragte Informationen zu einem etwaig abweichenden Krankheitsverlauf der neuen Virusvarianten liegen nicht vor.

Der Vertreter aus Vorarlberg hinterfragt die in Tirol gesetzten Maßnahmen, die Erfolg gezeigt hätten. Der Vertreter aus Tirol führt aus, dass das Contact-Tracing dahingehend intensiviert wurde, dass K1 und K2-Kontaktpersonen im Verlauf 3 Mal PCR-getestet werden. Zudem werden in besonders betroffenen Bezirken flächendeckend Gurgeltests angeboten. Teststraßen bieten durchgängig sowohl Antigen- als auch PCR-Tests an. Die bekannten Ein- und Ausreiseverordnungen sowie zusätzliche 5 Testbusse für Testungen von LKW-Fahrern direkt an der Autobahn werden ebenfalls erwähnt.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von aktuell sehr positiven Belagszahlen, wonach Krankenhäuser nun wieder in der Lage sind, ihren normalen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Etwaige Steigerungen des Belags würden aber rasch wieder zu einer Belastung in diesem Bereich führen. Fälle aus Alten- und Pflegeheimen nehmen zwar ab, aber deutlich ansteckendere Virusvarianten würden zu einer massiven Fallzunahme und damit einhergehend wiederum zu einer Zunahme der Spitalshäufigkeit führen. Weitere Lockerungsschritte würden dieser Argumentation zufolge rasch zu einer Situation führen, die einen Normalbetrieb im stationären Bereich verunmöglicht.

Der Vertreter aus Wien ersucht um eine Zusammenfassung aus den heute gezeigten Daten und den daraus gewonnenen Erkenntnissen.

Herzog bestätigt die vorhergehenden Wortmeldungen und verweist auf den heute ausgeschickten Kurzbericht.

Der Vertreter aus Wien bedankt sich bei Bachner für die umfassende und hilfreiche Präsentation. In Bezug auf das gezeigte Worst-Case-Szenario hinterfragt er jenen Zeitpunkt, an dem der Peak aus dem November erreicht würde. Bachner führt aus, dass dies Ende März erreicht würde. Ostermann ergänzt, dass demzufolge eine Einleitung dämpfender Maßnahmen Ende März zu spät wäre, um eine Überlastung der Intensivstationen zu verhindern. Der Vertreter aus Wien betont in diesem Zusammenhang, dass die aktuelle Inzidenz über dem modellierten Worst-Case-Szenario liegt. Dies wird von Herzog bestätigt, der aber anmerkt, dass rund 10-15 % der Fälle derzeit auf die intensiven Testungen zurückzuführen sind. Effekte des Impfens müssten mittelfristig auch berücksichtigt werden.

Der Vertreter aus Oberösterreich bestätigt, dass mittlerweile ein Großteil der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen geimpft ist. BewohnerInnen aus Alten- und Pflegeheimen haben seinen Ausführungen zufolge bislang zwar einen großen Teil der Krankenhausaufnahmen eingenommen, insbesondere auf Intensivstationen waren aber primär andere Gruppen betroffen. Dies sei zu berücksichtigen.

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation. Die 7-Tages-Inzidenz hat im Vergleich zur Vorwoche deutlich zugenommen. R_{eff} liegt in fast allen Bundesländern - mit Ausnahme von Tirol und Vorarlberg - wieder über 1. Schmid betont, dass die Verbreitung nach wie vor überwiegend in Clustern passiert. Die Anzahl der Cluster ist über die letzten Wochen relativ stabil. Dies bedeutet, dass Cluster bei steigenden Fallzahlen jeweils mehr Fälle umfassen, was ein Hinweis auf funktionierendes Contact-Tracing inkl. proaktiver Fallsuche ist. Die Abklärungsquote ist seit Kalenderwoche 2 relativ stabil bei 65 – 70 %. Auffallend ist der signifikante Rückgang des Anteils von Clustern im Bereich Gesundheit und Soziales.

Seit Kalenderwoche 4 beginnen jüngere Kohorten das Fallgeschehen zu dominieren. Dies ist mit auch auf die flächendeckenden Testungen im Schulbereich zurückzuführen. Die Altersgruppen 65-74 Jahre bzw. 75-84 Jahre sind stabil, der Anteil der Erkrankten über 85 Jahren nimmt merklich ab. Es wurden eher wenige Cluster im Bildungsbereich verzeichnet (Ausnahme Kindergarten). Auffällig ist hier Niederösterreich, wo mehrere Cluster im Bildungsbereich verzeichnet wurden. Eine Analyse ergab, dass die Indexfälle dieser Cluster primär LehrerInnen dargestellt haben. Eine Detailanalyse für Wien und Niederösterreich zeigt, dass das Maßnahmenpaket an Schulen dazu geführt hat, dass die von SchülerInnen ausgehenden Cluster an Größe abgenommen haben. Bei von LehrerInnen ausgehenden Clustern ist die Clustergröße hingegen relativ stabil. Für alle anderen Bundesländer zeigt sich in beiden Bereichen eine Abnahme der Clustergröße.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt nochmals die Kernaussage der gezeigten Präsentation. Schmid fasst zusammen, dass sich in allen Bundesländern ein relevanter Rückgang der Anzahl der Cluster in Alten- und Pflegeheimen beobachten lässt. Dies wird weiterhin analysiert werden. Neben dem beobachteten Rückgang des Fallaufkommens in älteren Kohorten wird ein Anstieg bei den unter 25jährigen beobachtet. Das Auftreten von Clustern und deren Größe in Bildungseinrichtungen nimmt tendenziell ebenfalls ab, wobei es hier Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt. Demzufolge scheint das im Bildungsbereich gesetzte Maßnahmenpaket überwiegend erfolgreich.

➔ *siehe Anhang 5: Ampel_slides_2021-02-24*

Pasterk (BMBWF) berichtet von den Ergebnissen der bislang durchgeführten Antigenselbsttests an Schulen. In Summe wurden in KW 7 1,324 Millionen Tests durchgeführt. Die Positivitätsrate betrug 0,04 gesamt bzw. 0,03 bei SchülerInnen und 0,13 bei LehrerInnen. Es zeigen sich markante Unterschiede zwischen den Bundesländern. Bei LehrerInnen zeigt sich eine sehr hohe Testteilnahme in der Primarstufe. In der Sekundarstufe I und II nehmen deutlich weniger LehrerInnen an den Testungen teil. Generell ist die Testbereitschaft bei SchülerInnen sehr hoch, nur 1-2 % der SchülerInnen

nehmen nicht an den Testungen teil. Es sollen künftig auch Testungen am Freitag möglich sein. Auf Nachfrage von Salzburg berichtet Pasterk, dass lediglich aus Wien und Niederösterreich bereits Zahlen dazu vorliegen, wie viele der positiven Selbsttests mittels PCR bestätigt wurden. Hier ergab sich eine Rate von 80%.

Pasterk erläutert auf Nachfrage von Bachner, dass die Schulen ein Spiegelbild der Gesellschaft darstellen, daher waren eher gleichbleibende Fallzahlen zu erwarten. Dass die Zahlen entgegen der Inzidenzsteigerung in Österreich im Schulsetting nicht ansteigen, wird als Erfolg der Testungen gewertet. Er führt aus, dass bundesweit je Schulstufe dasselbe Procedere und dieselben Tests verwendet werden.

Schmid ergänzt, dass fallweise Kinder mittels Selbsttest negativ getestet wurden und kurz darauf erkrankt sind. Die Sensitivität der Tests muss jedenfalls beachtet werden.

→ *siehe Anhang 6: Antigentests Bildung KW07*

Schmid berichtet zum Status Quo der Varianten-Surveillance. Alle Bundesländer sind am besten Weg, ein Varianten-Surveillance-System etabliert zu haben. Eine zusätzliche Beschleunigung der Identifikation der Varianten ist passiert. Der Anteil der Fälle neuer Virusvarianten an allen Fällen beträgt österreichweit mittlerweile annähernd 60 %. Der Anteil der Cluster mit primär Wildtyp-Fällen nimmt in den meisten Bundesländern zugunsten von Clustern mit Variantenfällen ab. Der Anteil der detektierten VOC-Fälle wird in der vorab ausgeschickten Beschlussgrundlage wiedergegeben. Es soll bilateral mit Wien geklärt werden, wodurch sich Unterschiede in den Daten der AGES und der Stadt Wien erklären lassen. Der Anteil der Varianten in der Beschlussgrundlage wird für Wien auf 58% korrigiert.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet, dass in seinem Bundesland mit Stand heute 151 Fälle der UK-Variante und 2 Fälle der südafrikanischen Variante aufgetreten sind. Der prozentuelle Anteil der Varianten beträgt 26 % und wird in der Beschlussgrundlage adaptiert. Es ist auch hier eine Bereinigung der Daten anzustreben.

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs. Dieser basiert nun wie vereinbart auf dem Datenstand Dienstag 24 Uhr.

Im Burgenland hat sich der Inzidenzanstieg fortgesetzt und die Inzidenz liegt bei 167/100.000. Das Burgenland verzeichnet mit die höchsten Testzahlen in Österreich.

Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet von einer Intensivierung des Testgeschehens in Güssing und Jennersdorf. Es zeigen sich zunehmend Fälle mit hohen CT-Werten am Ende der 10tägigen Quarantäne. Die Testung aller Infizierten und K1-Personen vor Entlassung aus der Quarantäne soll nun auf das ganze Burgenland ausgerollt werden. K1-Personen werden demnach durchgängig an Tag 7 der Quarantäne getestet. Diese Testungen erfolgen ausschließlich mittels PCR-Test. Die Testung von K2-Personen soll bei Auftreten von Virusvarianten intensiviert werden.

Schmid berichtet von einem gehäuften Fallaufkommen in den burgenländischen Kindergärten, wobei die Cluster allesamt von PädagogInnen ausgehen. Der Vertreter des Burgenlandes sagt zu, dieses Thema intern weiterzutragen.

Kärnten zeigt ebenfalls Anstiege der Inzidenz im Ausmaß von 9 %. Die Inzidenz liegt mit 150/100.000 nach wie vor klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Die Situation der einzelnen Bezirke ist sehr

heterogen ausgeprägt, der Bezirk Hermagor ist mit einer Inzidenz von 670/100.000 absoluter Spitzenreiter.

Die Vertreterin aus Kärnten berichtet von einem intensivierten Testgeschehen in Hermagor, das einem gemeinsam mit dem BMSGPK festgelegten 11-Punkte-Programm folgt. Infizierte werden hier auch vor Ende der Quarantäne getestet. K1-Personen werden flächendeckend getestet, K2-Personen zur Testung eingeladen. Schwerpunktkontrollen im Gastro- und Hotelleriebereich wurden durchgeführt. Im Skibetrieb wurde eine Testpflicht eingeführt. Das Contact-Tracing in der Bezirkshauptmannschaft wurde zudem verstärkt. Es soll in Kooperation mit der Volkshochschule darüber hinaus eine Studie zur Compliance durchgeführt werden.

Auch Niederösterreich ist gekennzeichnet durch einen deutlichen Inzidenzanstieg von 25 %. Die rohe Inzidenz liegt nun bei 170/100.000. Nur wenige Bezirke haben einen fallenden Trend.

Die Vertreterin aus Niederösterreich bestätigt die Ausführungen. Auffällig sind zahlreiche Cluster in Kindergärten und Schulen. In Wiener Neustadt wird eine Situation der Community-Transmission beschrieben. Seit gestern sind erste Fälle der südafrikanischen Virusvariante im Bundesland aufgetreten.

Schmid berichtet, dass in Niederösterreich nach wie vor Cluster in Alten- und Pflegeheimen aufgetreten sind. Auffällig ist des Weiteren die Situation in den Kindergärten und Schulen. Sie regt an, PädagogInnen in Kindergärten künftig regelmäßig und flächendeckend zu testen. Zudem sollte evaluiert werden, ob das Maßnahmenpaket des BMBWF flächendeckend in den Schulen umgesetzt wird.

Oberösterreich erreicht nach einem Anstieg von 20% und einer Inzidenz von 120/100.000 wieder den Bereich des sehr hohen Risikos. Fallanstiege von bis zu 90 % wurden in den Bezirken verzeichnet, nur wenige Bezirke weisen stabile oder fallende Trends aus.

Der Vertreter aus Oberösterreich schließt sich den Ausführungen an. Im Bezirk Braunau wurden im Zuge der Detailanalysen Fallhäufungen im Bereich von Firmen gefunden. In der Stadt Wels wurden primär Großfamilien identifiziert, ansonsten geht man hier von Community-Transmission aus, wobei die britische Virusvariante besonders häufig identifiziert wurde. Die Spitalssituation ist aktuell sehr erfreulich und man hofft auf Basis der eher positiven Altersstruktur der Erkrankten diese Situation möglichst lange beizubehalten. Auch hier wird von Clustern im Bereich Schulen und Kindergärten berichtet.

Schmid berichtet, dass in Oberösterreich der Anteil von Fällen mit Erwerb der Infektion im Alten- und Pflegeheim massiv zurückgeht und nun fast bei 0 liegt. Auffällig sind zahlreiche Arbeits-/Betriebscluster.

Salzburg verzeichnet nunmehr auch einen steigenden Trend mit einer Zunahme von 8 %. Die Inzidenz liegt bei 148/100.000 und nach wie vor im Bereich des sehr hohen Risikos.

Die Vertreterin aus Salzburg zeigt sich überrascht vom hohen Anteil der Virusvarianten, der ihrer Ansicht nach dem intensiven Screening geschuldet ist. Fälle der britischen Variante werden gemäß der Empfehlungen des BMSGPK behandelt, die „riskanteren“ Varianten lösen ein intensiviertes Kontaktpersonen-Management aus. Infizierte werden in diesen Fällen nur nach Kontroll-PCR aus der Absonderung entlassen. K1 und K2-Personen werden durchgängig getestet und K2-Personen zunehmend Verkehrsbeschränkungen unterworfen. In Diskussion steht eine PCR-Nachtestung von Personen, die im niedergelassenen Bereich mittels Antigentest getestet werden, um hier die Varianten zu ermitteln. Weiters steht in Diskussion, Fälle bei Kindern unter 10 Jahren im Falle von „riskanteren“

Varianten im Bildungsbereich nicht mehr als K2, sondern als K1 einzustufen. Verdachtsfälle der brasilianischen Variante werden noch abgeklärt.

Reich erläutert, dass es zielführend ist, Antigentests mittels PCR nachzutesten, sofern dies logistisch möglich ist. Insbesondere bei Verdacht auf Virusvarianten soll ein Mutationsscreening erfolgen. Sie sagt zu, den diesbezüglichen Erlass zu überdenken und ggf. anzupassen.

Auch in der Steiermark wurde ein Anstieg von 11 % auf eine Inzidenz von 143/100.000 verzeichnet. Diese steigt risikoadjustiert nochmals stark an. Das Bild zwischen den Bezirken ist sehr heterogen. Die Situation entspricht nach wie vor dem sehr hohen Risiko.

Die Vertreterin aus der Steiermark berichtet von Fallanstiegen insbesondere in der Oststeiermark. Es wurde ein flächendeckendes Testangebot mit 25 Standorten und 3 Testbussen implementiert. In den besonders betroffenen Bezirken finden regelmäßig Besprechungen statt. Polizeiliche Kontrollen sowie das Contact-Tracing wurden intensiviert. Seit 15.2. werden auch K2-Personen durchgängig getestet. Die Situation in den Spitälern und Alten-/Pfleheimen wird aktuell positiv bewertet. Es sind mehrere Cluster im Bereich Arbeit/Betrieb aufgetreten.

Die Situation in Tirol ist stabil mit einer Inzidenz von nunmehr 89/100.000. Vereinzelt werden in den Bezirken Fallzunahmen verzeichnet, insbesondere auch in Schwaz, wo rezente ein neuer Cluster der südafrikanischen Variante verzeichnet wurde. Gemäß dem Manual der Kommission könnte Tirol mit hohem Risiko bewertet werden, aufgrund der Rahmenbedingungen ist aber wohl eher von sehr hohem Risiko auszugehen.

Der Vertreter aus Tirol berichtet aus Schwaz von der gestern verhängten Quarantäne in Mayrhofen. Dort ist das öffentliche Leben auf die Grundversorgung zurückgefahren und es soll flächendeckend getestet werden. Das Testangebot wurde generell sowohl in Schwaz als auch in ganz Tirol nochmals ausgeweitet. Seitens des Landes Tirol wird kein Antrag auf Einstufung mit hohem Risiko gestellt.

Schmid ergänzt, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt in Tirol die britische gegenüber der südafrikanischen Variante dominiert.

Vorarlberg ist das einzige Bundesland, das nach wie vor einen Rückgang der Inzidenz verzeichnen konnte. Die rohe 7-Tages-Inzidenz liegt bei 61/100.000 und damit bei weniger als der Hälfte des Bundesdurchschnitts. Man könnte die Situation hier mit hohem Risiko bewerten.

Der Vertreter aus Vorarlberg schließt sich den Ausführungen an. Man hofft, die vorliegende Situation möglichst lange beibehalten zu können und plädiert daher für eine Bewertung mit hohem Risiko.

Auch in Wien war der Anstieg der Inzidenz mit 20% durchaus deutlich. Die rohe Inzidenz beträgt 145/100.000 und reduziert sich mittels Risikoadjustierung nur leicht. Die Situation ist insgesamt mit sehr hohem Risiko zu bewerten.

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass die derzeitige Inzidenz weitgehend deckungsgleich mit den eigenen Modellierungen ist. Die Vertreterin aus Wien berichtet für den Bereich Bildungseinrichtungen von 5 Kindergärten, in denen in der letzten Woche Cluster aufgetreten sind. In der laufenden Woche mussten 2 Volksschulen gesperrt werden. Die Entwicklung in der Gesamtbevölkerung spiegelt sich in den Bildungseinrichtungen wider. Für MitarbeiterInnen in Bildungseinrichtungen (Kindergärten und Schulen) werden zweimal wöchentlich PCR-Gurgeltests angeboten, die sich bewährt haben. In Alten- und Pflegeheimen werden deutliche Rückgänge an Infektionen verzeichnet.

Die Beschlussgrundlage, die in der Sitzung um rezente Daten zur Prävalenz der Virusvarianten ergänzt wurde, wird gezeigt. Es gibt hier keine weiteren Anmerkungen.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Bundesland: Vorarlberg

Risikostufe: hohes Risiko

Stimmenthaltung: BKA

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

Die vorgenommene Risikoeinstufung sowie die zugrunde liegenden Indikatoren werden in der Beschlussgrundlage dokumentiert. Hervorgehoben wird in der Textierung für Tirol abermals die Situation um die südafrikanische Variante. Diese Unterlage wird heute an die Landeshauptleute übermittelt.

→ siehe Anhang 7: Empfehlung der Corona-Kommission 27. Sitzung_25022021

Herzog referiert die Schlussfolgerungen des Kurzberichtes zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich, der vor der Sitzung ausgeschickt wurde. Die Diskussionen der heutigen Sitzung (insbes. in Hinblick auf den Bildungsbereich sowie Alten- und Pflegeheime) sowie eine von Oberösterreich eingebrachte Stellungnahme wurden hier bereits berücksichtigt. Die Änderungen gegenüber der ausgeschickten Version werden daher nochmals in der Sitzung verlesen und erläutert.

In der Diskussion werden leichte Adaptierungen der Textierung vorgenommen. Hinsichtlich der Empfehlungen etwaige Lockerungsschritte zu überdenken und ggf. zurückzunehmen, wird die Angabe eines festen Grenzwertes von der Vertreterin aus Niederösterreich kritisch erachtet. Dies wird vom Vertreter aus der Steiermark mit Verweis auf dünn besiedelte Regionen unterstützt. Der Vertreter aus Wien und der Vertreter aus Oberösterreich unterstützen hingegen die Angabe einer festen Grenze. Schlussendlich wird die ursprünglich mit einer 7-Tages-Inzidenz von >200/100.000 für regionale Maßnahmen gesetzte Grenze entfernt, auf Bundesebene wird aber der Grenzwert von >200/100.000 beibehalten und der Passus hinsichtlich Lockerungsschritten durch die Angabe „gegebenenfalls“ angepasst.

Der Vertreter aus Wien weist darauf hin, dass die diskutierte Ablehnung von betrieblichen Kontrollen durch das Arbeitsinspektorat dahingehend interpretiert wird, dass es die betroffenen Stellen für zu gefährlich halten, vor Ort-Kontrollen durchzuführen. Dies wird als kritisch erachtet.

Textierung Kurzbericht

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Kurzbericht einstimmig angenommen

Der Kurzbericht soll wie gewohnt exklusive der Anhänge auf der Website der Corona-Ampel veröffentlicht werden.

→ *siehe Anhang 8: Kurzbericht_Corona-Kommission_2020-02-25*

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Es wird sowohl die Risikoeinstufung als auch eine Zusammenfassung der Ausführungen zur aktuellen Situation angeführt, die weitgehend deckungsgleich zu den Textierungen im Kurzbericht ist. Es wird auch wieder ausgewiesen, wie viele Bezirke in Summe in der rohen Inzidenz unter 50/100.000 bzw. 100/100.000 liegen, wobei deren Anzahl bereits wieder zurückgegangen ist.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschober noch heute an die APA und anschließend an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt.

→ *siehe Anhang 9: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_25022021_APA*

4. Berichte

Berichtswesen der Corona-Kommission

Dieser Punkt wird aus Zeitgründen auf die nächste Sitzung vertagt.

Stand technische Entwicklung und Umsetzung elektronischer Testnachweis

Oszwald (BMSGPK) berichtet von den Arbeiten zum Implementieren eines Test- und Genesungsnachweises bzw. eines Impfbzertifikats. Es wurde letzten Montag gemeinsam mit dem BRZ ein zentrales Service bereitgestellt, an das Teststellen angebunden werden können. Sieben von neun Bundesländern sollen angebunden werden. Aktuell sind nur Antigen-Teststraßen abgebildet.

Der Testnachweis erfolgt mittels pdf, auf dem ein QR-Code aufgetragen ist. Der Vorteil des zentralen Systems ist, dass Änderungen relativ einfach zentral implementiert werden können. Wird der QR-Code eingescannt, erhält ein Prüfer eine Kurzinformation zur Gültigkeit des Tests. Dieser bleibt als Eintrittstest z.B. 48 Stunden lang grün und damit gültig, nach Ablauf dieser Zeit ist auf einen Blick ersichtlich, dass der Nachweis nicht mehr gültig ist („rot“).

Als nächster Schritt soll über dasselbe System ein Genesungsnachweis auf Basis der EMS-Daten implementiert werden.

Der Vorteil für BürgerInnen ist, dass über das Gesundheitsportal gesundheit.gv.at künftig alle Test- und Genesungsnachweise sowie auch ein etwaiges Impfbzertifikat abrufbar sind. Testnachweise werden aus datenschutzrechtlichen Gründen jeweils 14 Tage lang gespeichert.

Aktuell wird technisch pro Tag von rund 500.000 Einbringungen von Testergebnissen sowie 2 Millionen Abrufen dieser Ergebnisse ausgegangen.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet, dass bereits einige europäische Länder Test- bzw. Genesungsnachweise nur unter Angabe der Pass- oder Personalausweisnummer akzeptieren und fragt nach, ob dies auch hier möglich wäre.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt die Rechtsgrundlage für das vorgestellte System. Er hinterfragt weiters, ob der Nachweis wie von der EU-Kommission verlangt sowohl auf Deutsch als auch auf Englisch ausgestellt wird. Er fragt zudem nach, ob dieser Nachweis dokumentiert, ob der verwendete Test auf der Liste der Kommission als gültig genannt ist.

Oszwald bestätigt, dass das System entsprechend rechtlich abgesichert ist. Die konkrete Rechtsgrundlage kann nicht genannt werden, wird aber nach Rückfrage mit der Rechtsabteilung des BMSGPK nachgereicht.

Die Pass- oder Personalausweisnummer wird aktuell nicht im System erfasst. Dies müsste geprüft werden und könnte im Zuge der Novellierung der gesetzlichen Grundlagen mit überdacht werden. Das konkrete Testkit wird derzeit nicht erfasst, dies könnte technisch aber umgesetzt werden. Man geht davon aus, dass vor Ort nur zulässige Tests verwendet werden.

Herzog resümiert, dass das Thema Reisen durch Angabe der Pass- oder Personalausweisnummer reflektiert werden soll. Zudem solle eine Information hinsichtlich der Rechtsgrundlage nachgereicht werden.

Der Vertreter aus Wien verweist auf die aktuellen Testungen in Mayrhofen, wonach PCR-Tests nach 72 Stunden wiederholt werden. Er regt an, PCR-Tests generell mit einer längeren Gültigkeitsdauer zu hinterlegen. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass mit zunehmender Impftätigkeit weniger Personal zur Durchführung von Testungen zur Verfügung steht.

Reich führt aus, dass dieses Thema bereits für die letzte Novellierung der Schutzmaßnahmenverordnung vorgesehen war. Es soll in der nächsten Novelle hinsichtlich der Gültigkeit zwischen Antigen- und PCR-Tests unterschieden werden.

Informationen zum Kontaktpersonen-Management

Strauss (BMSGPK) berichtet von einer durchgeführten Erhebung zu Personalkapazitäten für das Contact-Tracing. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass in allen Bundesländern ausreichend Personalressourcen für das Contact-Tracing zur Verfügung stehen.

Die Mehrheit der Bundesländer verwendet landeseigene IT-Systeme, der Rest verwendet das AGES Contact-Tracing-Tool. Pro Indexfall werden durchschnittlich 1-4 K1-Personen identifiziert. In den meisten Bundesländern werden K1-Personen zweimal getestet. Es werden sowohl mündliche als auch schriftliche Bescheide ausgestellt. Von der überwiegenden Zahl der Bundesländer wird fallweise über mangelnde Compliance im Zuge des Contact-Tracings berichtet.

Strauss berichtet darüber hinaus von aktualisierten Daten in Hinblick auf die europäische Situation, die sich weitgehend unverändert darstellt. In Hinblick auf die Inzidenz liegt Österreich im europäischen Vergleich nun auf Platz 14 von 32. Die Verbreitung der Virusvarianten nimmt europaweit zu.

→ *siehe Anhang 10: CT in BL + Varianten international_25_2_2021 mit ECDC*

Herzog fasst zusammen, dass das Contact-Tracing mittlerweile auf eine sehr gute Basis gestellt wurde. Etwaige gegenteilige Medienberichte können anhand dieser Daten durchaus widerlegt werden.

Behördliche Vorgangsweise bei geimpften Kontaktpersonen (Land Wien)

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass im Bundesland eine Person als K1-Person abgesondert wurde. Diese Person hat beim örtlichen Bezirksgericht eine Aufhebung beantragt, da sie einen Impfnachweis (2 Impfungen) und einen Antikörpertest hatte. Dies wurde durch ein Sachverständigengutachten untermauert. Die Behörde ist demzufolge nach geltenden Regelungen vorgegangen, diese sind aber gemäß geltendem medizinischen Wissensstand ggf. nicht (mehr) richtig.

Reich bestätigt, dass dies grundlegend richtig ist. Das nationale Impfgremium bereitet eine Anpassung der diesbezüglichen Empfehlungen vor. Es ist hier aber ein breiterer politischer Konsens notwendig, der gerade vorbereitet wird. Man ersucht hier um etwas Geduld, da die notwendigen Prozesse durchaus aufwändig sind.

Der Vertreter aus Wien hält fest, dass die jeweils gültige und von der obersten Gesundheitsbehörde vorgesehene Vorgehensweise befolgt wird.

5. Weitere Vorgehensweise

- 28. Sitzung mit Empfehlung: 04.03.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

27. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 25.02.2021, 14:00-18:00

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 27. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 25022021_Anwesenheitsliste_27. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 18 von 20 stimmberechtigten Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 26. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 26. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Eine irrtümlich nicht übernommene Korrektur des Landes Wien wurde bereits ergänzt. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 18022021_Corona Kommission_26. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Das in der letzten Sitzung avisierte Thema Testen wird auf die nächste Sitzung verschoben, da die Vorbereitungsarbeiten noch nicht abgeschlossen sind.

Zur Anhörung zur 2. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung sind 3 Stellungnahmen eingelangt (Kollaritsch, BMJ und Land Wien), die entsprechend dokumentiert wurden.

D'Orlando (BMSGPK) führt aus, dass mit dieser Novelle primär die Testpflicht im Bereich mobile Dienste sowie Besuchsregelungen in Alten- und Pflegeheimen geändert werden.

→ siehe Anhang 3: 2. Novelle 4. SchuMaV_Rückmeldungen_24022021

Die Novellen zum Epidemiegesetz und COVID-19-Maßnahmengesetz sollen nächste Woche in Begutachtung gehen.

3. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. In der letzten Woche wurden Inzidenzanstiege in fast allen Regionen Österreichs verzeichnet und die effektive Reproduktionszahl (R_{eff}) liegt nun wieder über 1. Die aktuelle Prognose geht davon aus, dass sich dieser Trend fortsetzen wird. Die Variante B.1.1.7 ist bezogen auf ganz Österreich mit einer geschätzten Prävalenz von 57 % bereits dominant. Der Anteil des erhöhten Testgeschehens am gesamten Fallaufkommen wird auf max. 15 % geschätzt. Es wird in der nächsten Prognoseperiode ein

durchschnittliches Fallaufkommen von 2.200 täglichen Fällen erwartet. Am Ende der Prognoseperiode wird eine 7-Tages-Inzidenz von 178 erwartet.

Die effektive Reproduktionszahl der Varianten mit N501Y wurden im Vergleich zu den vorangegangenen Varianten analysiert. Die Varianten mit N501Y haben demnach ein um durchschnittlich 27% höheres R_{eff} . Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien erläutert Bachner, dass die Grafik auch die jeweiligen Konfidenzintervalle der dargestellten R_{eff} enthält und somit die Spannbreiten visualisiert sind.

Die Kapazitätsvorschau zeigt einen erwarteten Anstieg des Intensivbelags von 13 % auf 17 % am Ende der Prognoseperiode, wobei es hier deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt. Lediglich in Tirol und Vorarlberg zeigen sich leicht sinkende bzw. stagnierende Tendenzen, in den anderen Bundesländern wird von mehr oder weniger starken Anstiegen beim Bettenbelag ausgegangen, der sowohl die Intensiv- als auch die Normalpflege betrifft. Es ist daher anzuraten, entsprechende Vorkehrungen für einen Anstieg des Bettenbelages zu treffen.

Bachner bestätigt auf Nachfrage des Vertreters von Wien, dass das hohe Testgeschehen entsprechend der gezeigten Auswertungen kaum Einfluss auf die Hospitalisierungsraten hat. Der Vertreter aus Wien merkt an, dass eine Modellierung über den Prognosezeitraum von 2 Wochen hinaus wünschenswert wäre. Es werden daraufhin drei per 17.2. berechnete Szenarien aufgerufen, die längerfristige Simulationen darstellen. Den Simulationen zufolge würde ab dem 6.3. ein Wendepunkt bei den Inzidenzen sowie beim Bettenbelag erreicht. Es wird hervorgehoben, dass die aktuelle Inzidenz sogar leicht über dem modellierten Worst-Case-Szenario liegt.

➔ *siehe Anhang 4: TOP 4 Prognose*

Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet von einer beobachteten Verschiebung der Infektionen in Richtung jüngerer Kohorten und hinterfragt, ob dies in den gezeigten Modellierungen berücksichtigt wurde, was von Bachner bestätigt wird. Ebenfalls nachgefragte Informationen zu einem etwaig abweichenden Krankheitsverlauf der neuen Virusvarianten liegen nicht vor.

Der Vertreter aus Vorarlberg hinterfragt die in Tirol gesetzten Maßnahmen, die Erfolg gezeigt hätten. Der Vertreter aus Tirol führt aus, dass das Contact-Tracing dahingehend intensiviert wurde, dass K1 und K2-Kontaktpersonen im Verlauf 3 Mal PCR-getestet werden. Zudem werden in besonders betroffenen Bezirken flächendeckend Gurgeltests angeboten. Teststraßen bieten durchgängig sowohl Antigen- als auch PCR-Tests an. Die bekannten Ein- und Ausreiseverordnungen sowie zusätzliche 5 Testbusse für Testungen von LKW-Fahrern direkt an der Autobahn werden ebenfalls erwähnt.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von aktuell sehr positiven Belagszahlen, wonach Krankenhäuser nun wieder in der Lage sind, ihren normalen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Etwaige Steigerungen des Belags würden aber rasch wieder zu einer Belastung in diesem Bereich führen. Fälle aus Alten- und Pflegeheimen nehmen zwar ab, aber deutlich ansteckendere Virusvarianten würden zu einer massiven Fallzunahme und damit einhergehend wiederum zu einer Zunahme der Spitalshäufigkeit führen. Weitere Lockerungsschritte würden dieser Argumentation zufolge rasch zu einer Situation führen, die einen Normalbetrieb im stationären Bereich verunmöglicht.

Der Vertreter aus Wien ersucht um eine Zusammenfassung aus den heute gezeigten Daten und den daraus gewonnenen Erkenntnissen.

Herzog bestätigt die vorhergehenden Wortmeldungen und verweist auf den heute ausgeschickten Kurzbericht.

Der Vertreter aus Wien bedankt sich bei Bachner für die umfassende und hilfreiche Präsentation. In Bezug auf das gezeigte Worst-Case-Szenario hinterfragt er jenen Zeitpunkt, an dem der Peak aus dem November erreicht würde. Bachner führt aus, dass dies Ende März erreicht würde. Ostermann ergänzt, dass demzufolge eine Einleitung dämpfender Maßnahmen Ende März zu spät wäre, um eine Überlastung der Intensivstationen zu verhindern. Der Vertreter aus Wien betont in diesem Zusammenhang, dass die aktuelle Inzidenz über dem modellierten Worst-Case-Szenario liegt. Dies wird von Herzog bestätigt, der aber anmerkt, dass rund 10-15 % der Fälle derzeit auf die intensiven Testungen zurückzuführen sind. Effekte des Impfens müssten mittelfristig auch berücksichtigt werden.

Der Vertreter aus Oberösterreich bestätigt, dass mittlerweile ein Großteil der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen geimpft ist. BewohnerInnen aus Alten- und Pflegeheimen haben seinen Ausführungen zufolge bislang zwar einen großen Teil der Krankenhausaufnahmen eingenommen, insbesondere auf Intensivstationen waren aber primär andere Gruppen betroffen. Dies sei zu berücksichtigen.

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation. Die 7-Tages-Inzidenz hat im Vergleich zur Vorwoche deutlich zugenommen. R_{eff} liegt in fast allen Bundesländern - mit Ausnahme von Tirol und Vorarlberg - wieder über 1. Schmid betont, dass die Verbreitung nach wie vor überwiegend in Clustern passiert. Die Anzahl der Cluster ist über die letzten Wochen relativ stabil. Dies bedeutet, dass Cluster bei steigenden Fallzahlen jeweils mehr Fälle umfassen, was ein Hinweis auf funktionierendes Contact-Tracing inkl. proaktiver Fallsuche ist. Die Abklärungsquote ist seit Kalenderwoche 2 relativ stabil bei 65 – 70 %. Auffallend ist der signifikante Rückgang des Anteils von Clustern im Bereich Gesundheit und Soziales.

Seit Kalenderwoche 4 beginnen jüngere Kohorten das Fallgeschehen zu dominieren. Dies ist mit auch auf die flächendeckenden Testungen im Schulbereich zurückzuführen. Die Altersgruppen 65-74 Jahre bzw. 75-84 Jahre sind stabil, der Anteil der Erkrankten über 85 Jahren nimmt merklich ab. Es wurden eher wenige Cluster im Bildungsbereich verzeichnet (Ausnahme Kindergarten). Auffällig ist hier Niederösterreich, wo mehrere Cluster im Bildungsbereich verzeichnet wurden. Eine Analyse ergab, dass die Indexfälle dieser Cluster primär LehrerInnen dargestellt haben. Eine Detailanalyse für Wien und Niederösterreich zeigt, dass das Maßnahmenpaket an Schulen dazu geführt hat, dass die von SchülerInnen ausgehenden Cluster an Größe abgenommen haben. Bei von LehrerInnen ausgehenden Clustern ist die Clustergröße hingegen relativ stabil. Für alle anderen Bundesländer zeigt sich in beiden Bereichen eine Abnahme der Clustergröße.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt nochmals die Kernaussage der gezeigten Präsentation. Schmid fasst zusammen, dass sich in allen Bundesländern ein relevanter Rückgang der Anzahl der Cluster in Alten- und Pflegeheimen beobachten lässt. Dies wird weiterhin analysiert werden. Neben dem beobachteten Rückgang des Fallaufkommens in älteren Kohorten wird ein Anstieg bei den unter 25jährigen beobachtet. Das Auftreten von Clustern und deren Größe in Bildungseinrichtungen nimmt tendenziell ebenfalls ab, wobei es hier Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt. Demzufolge scheint das im Bildungsbereich gesetzte Maßnahmenpaket überwiegend erfolgreich.

➔ *siehe Anhang 5: Ampel_slides_2021-02-24*

Pasterk (BMBWF) berichtet von den Ergebnissen der bislang durchgeführten Antigenselbsttests an Schulen. In Summe wurden in KW 7 1,324 Millionen Tests durchgeführt. Die Positivitätsrate betrug 0,04 gesamt bzw. 0,03 bei SchülerInnen und 0,13 bei LehrerInnen. Es zeigen sich markante Unterschiede zwischen den Bundesländern. Bei LehrerInnen zeigt sich eine sehr hohe Testteilnahme in der Primarstufe. In der Sekundarstufe I und II nehmen deutlich weniger LehrerInnen an den Testungen teil. Generell ist die Testbereitschaft bei SchülerInnen sehr hoch, nur 1-2 % der SchülerInnen

nehmen nicht an den Testungen teil. Es sollen künftig auch Testungen am Freitag möglich sein. Auf Nachfrage von Salzburg berichtet Pasterk, dass lediglich aus Wien und Niederösterreich bereits Zahlen dazu vorliegen, wie viele der positiven Selbsttests mittels PCR bestätigt wurden. Hier ergab sich eine Rate von 80%.

Pasterk erläutert auf Nachfrage von Bachner, dass die Schulen ein Spiegelbild der Gesellschaft darstellen, daher waren eher gleichbleibende Fallzahlen zu erwarten. Dass die Zahlen entgegen der Inzidenzsteigerung in Österreich im Schulsetting nicht ansteigen, wird als Erfolg der Testungen gewertet. Er führt aus, dass bundesweit je Schulstufe dasselbe Procedere und dieselben Tests verwendet werden.

Schmid ergänzt, dass fallweise Kinder mittels Selbsttest negativ getestet wurden und kurz darauf erkrankt sind. Die Sensitivität der Tests muss jedenfalls beachtet werden.

→ siehe Anhang 6: Antigentests Bildung KW07

Schmid berichtet zum Status Quo der Varianten-Surveillance. Alle Bundesländer sind am besten Weg, ein Varianten-Surveillance-System etabliert zu haben. Eine zusätzliche Beschleunigung der Identifikation der Varianten ist passiert. Der Anteil der Fälle neuer Virusvarianten an allen Fällen beträgt österreichweit mittlerweile annähernd 60 %. Der Anteil der Cluster mit primär Wildtyp-Fällen nimmt in den meisten Bundesländern zugunsten von Clustern mit Variantenfällen ab. Der Anteil der detektierten VOC-Fälle wird in der vorab ausgeschickten Beschlussgrundlage wiedergegeben. Es soll bilateral mit Wien geklärt werden, wodurch sich Unterschiede in den Daten der AGES und der Stadt Wien erklären lassen. Der Anteil der Varianten in der Beschlussgrundlage wird für Wien auf 58% korrigiert.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet, dass in seinem Bundesland mit Stand heute 151 Fälle der UK-Variante und 2 Fälle der südafrikanischen Variante aufgetreten sind. Der prozentuelle Anteil der Varianten beträgt 26 % und wird in der Beschlussgrundlage adaptiert. Es ist auch hier eine Bereinigung der Daten anzustreben.

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs. Dieser basiert nun wie vereinbart auf dem Datenstand Dienstag 24 Uhr.

Im Burgenland hat sich der Inzidenzanstieg fortgesetzt und die Inzidenz liegt bei 167/100.000. Das Burgenland verzeichnet mit die höchsten Testzahlen in Österreich.

Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet von einer Intensivierung des Testgeschehens in Güssing und Jennersdorf. Es zeigen sich zunehmend Fälle mit hohen CT-Werten am Ende der 10tägigen Quarantäne. Die Testung aller Infizierten und K1-Personen vor Entlassung aus der Quarantäne soll nun auf das ganze Burgenland ausgerollt werden. K1-Personen werden demnach durchgängig an Tag 7 der Quarantäne getestet. Diese Testungen erfolgen ausschließlich mittels PCR-Test. Die Testung von K2-Personen soll bei Auftreten von Virusvarianten intensiviert werden.

Schmid berichtet von einem gehäuften Fallaufkommen in den burgenländischen Kindergärten, wobei die Cluster allesamt von PädagogInnen ausgehen. Der Vertreter des Burgenlandes sagt zu, dieses Thema intern weiterzutragen.

Kärnten zeigt ebenfalls Anstiege der Inzidenz im Ausmaß von 9 %. Die Inzidenz liegt mit 150/100.000 nach wie vor klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Die Situation der einzelnen Bezirke ist sehr

heterogen ausgeprägt, der Bezirk Hermagor ist mit einer Inzidenz von 670/100.000 absoluter Spitzenreiter.

Die Vertreterin aus Kärnten berichtet von einem intensivierten Testgeschehen in Hermagor, das einem gemeinsam mit dem BMSGPK festgelegten 11-Punkte-Programm folgt. Infizierte werden hier auch vor Ende der Quarantäne getestet. K1-Personen werden flächendeckend getestet, K2-Personen zur Testung eingeladen. Schwerpunktkontrollen im Gastro- und Hotelleriebereich wurden durchgeführt. Im Skibetrieb wurde eine Testpflicht eingeführt. Das Contact-Tracing in der Bezirkshauptmannschaft wurde zudem verstärkt. Es soll in Kooperation mit der Volkshochschule darüber hinaus eine Studie zur Compliance durchgeführt werden.

Auch Niederösterreich ist gekennzeichnet durch einen deutlichen Inzidenzanstieg von 25 %. Die rohe Inzidenz liegt nun bei 170/100.000. Nur wenige Bezirke haben einen fallenden Trend.

Die Vertreterin aus Niederösterreich bestätigt die Ausführungen. Auffällig sind zahlreiche Cluster in Kindergärten und Schulen. In Wiener Neustadt wird eine Situation der Community-Transmission beschrieben. Seit gestern sind erste Fälle der südafrikanischen Virusvariante im Bundesland aufgetreten.

Schmid berichtet, dass in Niederösterreich nach wie vor Cluster in Alten- und Pflegeheimen aufgetreten sind. Auffällig ist des Weiteren die Situation in den Kindergärten und Schulen. Sie regt an, PädagogInnen in Kindergärten künftig regelmäßig und flächendeckend zu testen. Zudem sollte evaluiert werden, ob das Maßnahmenpaket des BMBWF flächendeckend in den Schulen umgesetzt wird.

Oberösterreich erreicht nach einem Anstieg von 20% und einer Inzidenz von 120/100.000 wieder den Bereich des sehr hohen Risikos. Fallanstiege von bis zu 90 % wurden in den Bezirken verzeichnet, nur wenige Bezirke weisen stabile oder fallende Trends aus.

Der Vertreter aus Oberösterreich schließt sich den Ausführungen an. Im Bezirk Braunau wurden im Zuge der Detailanalysen Fallhäufungen im Bereich von Firmen gefunden. In der Stadt Wels wurden primär Großfamilien identifiziert, ansonsten geht man hier von Community-Transmission aus, wobei die britische Virusvariante besonders häufig identifiziert wurde. Die Spitalssituation ist aktuell sehr erfreulich und man hofft auf Basis der eher positiven Altersstruktur der Erkrankten diese Situation möglichst lange beizubehalten. Auch hier wird von Clustern im Bereich Schulen und Kindergärten berichtet.

Schmid berichtet, dass in Oberösterreich der Anteil von Fällen mit Erwerb der Infektion im Alten- und Pflegeheim massiv zurückgeht und nun fast bei 0 liegt. Auffällig sind zahlreiche Arbeits-/Betriebscluster.

Salzburg verzeichnet nunmehr auch einen steigenden Trend mit einer Zunahme von 8 %. Die Inzidenz liegt bei 148/100.000 und nach wie vor im Bereich des sehr hohen Risikos.

Die Vertreterin aus Salzburg zeigt sich überrascht vom hohen Anteil der Virusvarianten, der ihrer Ansicht nach dem intensiven Screening geschuldet ist. Fälle der britischen Variante werden gemäß der Empfehlungen des BMSGPK behandelt, die „riskanteren“ Varianten lösen ein intensiviertes Kontaktpersonen-Management aus. Infizierte werden in diesen Fällen nur nach Kontroll-PCR aus der Absonderung entlassen. K1 und K2-Personen werden durchgängig getestet und K2-Personen zunehmend Verkehrsbeschränkungen unterworfen. In Diskussion steht eine PCR-Nachtestung von Personen, die im niedergelassenen Bereich mittels Antigentest getestet werden, um hier die Varianten zu ermitteln. Weiters steht in Diskussion, Fälle bei Kindern unter 10 Jahren im Falle von „riskanteren“

Varianten im Bildungsbereich nicht mehr als K2, sondern als K1 einzustufen. Verdachtsfälle der brasilianischen Variante werden noch abgeklärt.

Reich erläutert, dass es zielführend ist, Antigentests mittels PCR nachzutesten, sofern dies logistisch möglich ist. Insbesondere bei Verdacht auf Virusvarianten soll ein Mutationsscreening erfolgen. Sie sagt zu, den diesbezüglichen Erlass zu überdenken und ggf. anzupassen.

Auch in der Steiermark wurde ein Anstieg von 11 % auf eine Inzidenz von 143/100.000 verzeichnet. Diese steigt risikoadjustiert nochmals stark an. Das Bild zwischen den Bezirken ist sehr heterogen. Die Situation entspricht nach wie vor dem sehr hohen Risiko.

Die Vertreterin aus der Steiermark berichtet von Fallanstiegen insbesondere in der Oststeiermark. Es wurde ein flächendeckendes Testangebot mit 25 Standorten und 3 Testbussen implementiert. In den besonders betroffenen Bezirken finden regelmäßig Besprechungen statt. Polizeiliche Kontrollen sowie das Contact-Tracing wurden intensiviert. Seit 15.2. werden auch K2-Personen durchgängig getestet. Die Situation in den Spitälern und Alten-/Pfleheimen wird aktuell positiv bewertet. Es sind mehrere Cluster im Bereich Arbeit/Betrieb aufgetreten.

Die Situation in Tirol ist stabil mit einer Inzidenz von nunmehr 89/100.000. Vereinzelt werden in den Bezirken Fallzunahmen verzeichnet, insbesondere auch in Schwaz, wo rezente ein neuer Cluster der südafrikanischen Variante verzeichnet wurde. Gemäß dem Manual der Kommission könnte Tirol mit hohem Risiko bewertet werden, aufgrund der Rahmenbedingungen ist aber wohl eher von sehr hohem Risiko auszugehen.

Der Vertreter aus Tirol berichtet aus Schwaz von der gestern verhängten Quarantäne in Mayrhofen. Dort ist das öffentliche Leben auf die Grundversorgung zurückgefahren und es soll flächendeckend getestet werden. Das Testangebot wurde generell sowohl in Schwaz als auch in ganz Tirol nochmals ausgeweitet. Seitens des Landes Tirol wird kein Antrag auf Einstufung mit hohem Risiko gestellt.

Schmid ergänzt, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt in Tirol die britische gegenüber der südafrikanischen Variante dominiert.

Vorarlberg ist das einzige Bundesland, das nach wie vor einen Rückgang der Inzidenz verzeichnen konnte. Die rohe 7-Tages-Inzidenz liegt bei 61/100.000 und damit bei weniger als der Hälfte des Bundesdurchschnitts. Man könnte die Situation hier mit hohem Risiko bewerten.

Der Vertreter aus Vorarlberg schließt sich den Ausführungen an. Man hofft, die vorliegende Situation möglichst lange beibehalten zu können und plädiert daher für eine Bewertung mit hohem Risiko.

Auch in Wien war der Anstieg der Inzidenz mit 20% durchaus deutlich. Die rohe Inzidenz beträgt 145/100.000 und reduziert sich mittels Risikoadjustierung nur leicht. Die Situation ist insgesamt mit sehr hohem Risiko zu bewerten.

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass die derzeitige Inzidenz weitgehend deckungsgleich mit den eigenen Modellierungen ist. Die Vertreterin aus Wien berichtet für den Bereich Bildungseinrichtungen von 5 Kindergärten, in denen in der letzten Woche Cluster aufgetreten sind. In der laufenden Woche mussten 2 Volksschulen gesperrt werden. Die Entwicklung in der Gesamtbevölkerung spiegelt sich in den Bildungseinrichtungen wider. Für MitarbeiterInnen in Bildungseinrichtungen (Kindergärten und Schulen) werden zweimal wöchentlich PCR-Gurgeltests angeboten, die sich bewährt haben. In Alten- und Pflegeheimen werden deutliche Rückgänge an Infektionen verzeichnet.

Die Beschlussgrundlage, die in der Sitzung um rezente Daten zur Prävalenz der Virusvarianten ergänzt wurde, wird gezeigt. Es gibt hier keine weiteren Anmerkungen.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Bundesland: Vorarlberg

Risikostufe: hohes Risiko

Stimmenthaltung: BKA

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

Die vorgenommene Risikoeinstufung sowie die zugrunde liegenden Indikatoren werden in der Beschlussgrundlage dokumentiert. Hervorgehoben wird in der Textierung für Tirol abermals die Situation um die südafrikanische Variante. Diese Unterlage wird heute an die Landeshauptleute übermittelt.

→ siehe Anhang 7: Empfehlung der Corona-Kommission 27. Sitzung_25022021

Herzog referiert die Schlussfolgerungen des Kurzberichtes zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich, der vor der Sitzung ausgeschickt wurde. Die Diskussionen der heutigen Sitzung (insbes. in Hinblick auf den Bildungsbereich sowie Alten- und Pflegeheime) sowie eine von Oberösterreich eingebrachte Stellungnahme wurden hier bereits berücksichtigt. Die Änderungen gegenüber der ausgeschickten Version werden daher nochmals in der Sitzung verlesen und erläutert.

In der Diskussion werden leichte Adaptierungen der Textierung vorgenommen. Hinsichtlich der Empfehlungen etwaige Lockerungsschritte zu überdenken und ggf. zurückzunehmen, wird die Angabe eines festen Grenzwertes von der Vertreterin aus Niederösterreich kritisch erachtet. Dies wird vom Vertreter aus der Steiermark mit Verweis auf dünn besiedelte Regionen unterstützt. Der Vertreter aus Wien und der Vertreter aus Oberösterreich unterstützen hingegen die Angabe einer festen Grenze. Schlussendlich wird die ursprünglich mit einer 7-Tages-Inzidenz von >200/100.000 für regionale Maßnahmen gesetzte Grenze entfernt, auf Bundesebene wird aber der Grenzwert von >200/100.000 beibehalten und der Passus hinsichtlich Lockerungsschritten durch die Angabe „gegebenenfalls“ angepasst.

Der Vertreter aus Wien weist darauf hin, dass die diskutierte Ablehnung von betrieblichen Kontrollen durch das Arbeitsinspektorat dahingehend interpretiert wird, dass es die betroffenen Stellen für zu gefährlich halten, vor Ort-Kontrollen durchzuführen. Dies wird als kritisch erachtet.

Textierung Kurzbericht

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Kurzbericht einstimmig angenommen

Der Kurzbericht soll wie gewohnt exklusive der Anhänge auf der Website der Corona-Ampel veröffentlicht werden.

→ *siehe Anhang 8: Kurzbericht_Corona-Kommission_2020-02-25*

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Es wird sowohl die Risikoeinstufung als auch eine Zusammenfassung der Ausführungen zur aktuellen Situation angeführt, die weitgehend deckungsgleich zu den Textierungen im Kurzbericht ist. Es wird auch wieder ausgewiesen, wie viele Bezirke in Summe in der rohen Inzidenz unter 50/100.000 bzw. 100/100.000 liegen, wobei deren Anzahl bereits wieder zurückgegangen ist.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschöber noch heute an die APA und anschließend an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt.

→ *siehe Anhang 9: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_25022021_APA*

4. Berichte

Berichtswesen der Corona-Kommission

Dieser Punkt wird aus Zeitgründen auf die nächste Sitzung vertagt.

Stand technische Entwicklung und Umsetzung elektronischer Testnachweis

Oszwald (BMSGPK) berichtet von den Arbeiten zum Implementieren eines Test- und Genesungsnachweises bzw. eines Impfbzertifikats. Es wurde letzten Montag gemeinsam mit dem BRZ ein zentrales Service bereitgestellt, an das Teststellen angebunden werden können. Sieben von neun Bundesländern sollen angebunden werden. Aktuell sind nur Antigen-Teststraßen abgebildet.

Der Testnachweis erfolgt mittels pdf, auf dem ein QR-Code aufgetragen ist. Der Vorteil des zentralen Systems ist, dass Änderungen relativ einfach zentral implementiert werden können. Wird der QR-Code eingescannt, erhält ein Prüfer eine Kurzinformation zur Gültigkeit des Tests. Dieser bleibt als Eintrittstest z.B. 48 Stunden lang grün und damit gültig, nach Ablauf dieser Zeit ist auf einen Blick ersichtlich, dass der Nachweis nicht mehr gültig ist („rot“).

Als nächster Schritt soll über dasselbe System ein Genesungsnachweis auf Basis der EMS-Daten implementiert werden.

Der Vorteil für BürgerInnen ist, dass über das Gesundheitsportal gesundheit.gv.at künftig alle Test- und Genesungsnachweise sowie auch ein etwaiges Impfbzertifikat abrufbar sind. Testnachweise werden aus datenschutzrechtlichen Gründen jeweils 14 Tage lang gespeichert.

Aktuell wird technisch pro Tag von rund 500.000 Einbringungen von Testergebnissen sowie 2 Millionen Abrufen dieser Ergebnisse ausgegangen.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet, dass bereits einige europäische Länder Test- bzw. Genesungsnachweise nur unter Angabe der Pass- oder Personalausweisnummer akzeptieren und fragt nach, ob dies auch hier möglich wäre.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt die Rechtsgrundlage für das vorgestellte System. Er hinterfragt weiters, ob der Nachweis wie von der EU-Kommission verlangt sowohl auf Deutsch als auch auf Englisch ausgestellt wird. Er fragt zudem nach, ob dieser Nachweis dokumentiert, ob der verwendete Test auf der Liste der Kommission als gültig genannt ist.

Oszwald bestätigt, dass das System entsprechend rechtlich abgesichert ist. Die konkrete Rechtsgrundlage kann nicht genannt werden, wird aber nach Rückfrage mit der Rechtsabteilung des BMSGPK nachgereicht.

Die Pass- oder Personalausweisnummer wird aktuell nicht im System erfasst. Dies müsste geprüft werden und könnte im Zuge der Novellierung der gesetzlichen Grundlagen mit überdacht werden. Das konkrete Testkit wird derzeit nicht erfasst, dies könnte technisch aber umgesetzt werden. Man geht davon aus, dass vor Ort nur zulässige Tests verwendet werden.

Herzog resümiert, dass das Thema Reisen durch Angabe der Pass- oder Personalausweisnummer reflektiert werden soll. Zudem solle eine Information hinsichtlich der Rechtsgrundlage nachgereicht werden.

Der Vertreter aus Wien verweist auf die aktuellen Testungen in Mayrhofen, wonach PCR-Tests nach 72 Stunden wiederholt werden. Er regt an, PCR-Tests generell mit einer längeren Gültigkeitsdauer zu hinterlegen. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass mit zunehmender Impftätigkeit weniger Personal zur Durchführung von Testungen zur Verfügung steht.

Reich führt aus, dass dieses Thema bereits für die letzte Novellierung der Schutzmaßnahmenverordnung vorgesehen war. Es soll in der nächsten Novelle hinsichtlich der Gültigkeit zwischen Antigen- und PCR-Tests unterschieden werden.

Informationen zum Kontaktpersonen-Management

Strauss (BMSGPK) berichtet von einer durchgeführten Erhebung zu Personalkapazitäten für das Contact-Tracing. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass in allen Bundesländern ausreichend Personalressourcen für das Contact-Tracing zur Verfügung stehen.

Die Mehrheit der Bundesländer verwendet landeseigene IT-Systeme, der Rest verwendet das AGES Contact-Tracing-Tool. Pro Indexfall werden durchschnittlich 1-4 K1-Personen identifiziert. In den meisten Bundesländern werden K1-Personen zweimal getestet. Es werden sowohl mündliche als auch schriftliche Bescheide ausgestellt. Von der überwiegenden Zahl der Bundesländer wird fallweise über mangelnde Compliance im Zuge des Contact-Tracings berichtet.

Strauss berichtet darüber hinaus von aktualisierten Daten in Hinblick auf die europäische Situation, die sich weitgehend unverändert darstellt. In Hinblick auf die Inzidenz liegt Österreich im europäischen Vergleich nun auf Platz 14 von 32. Die Verbreitung der Virusvarianten nimmt europaweit zu.

➔ *siehe Anhang 10: CT in BL + Varianten international_25_2_2021 mit ECDC*

Herzog fasst zusammen, dass das Contact-Tracing mittlerweile auf eine sehr gute Basis gestellt wurde. Etwaige gegenteilige Medienberichte können anhand dieser Daten durchaus widerlegt werden.

Behördliche Vorgangsweise bei geimpften Kontaktpersonen (Land Wien)

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass im Bundesland eine Person als K1-Person abgesondert wurde. Diese Person hat beim örtlichen Bezirksgericht eine Aufhebung beantragt, da sie einen Impfnachweis (2 Impfungen) und einen Antikörpertest hatte. Dies wurde durch ein Sachverständigengutachten untermauert. Die Behörde ist demzufolge nach geltenden Regelungen vorgegangen, diese sind aber gemäß geltendem medizinischen Wissensstand ggf. nicht (mehr) richtig.

Reich bestätigt, dass dies grundlegend richtig ist. Das nationale Impfgremium bereitet eine Anpassung der diesbezüglichen Empfehlungen vor. Es ist hier aber ein breiterer politischer Konsens notwendig, der gerade vorbereitet wird. Man ersucht hier um etwas Geduld, da die notwendigen Prozesse durchaus aufwändig sind.

Der Vertreter aus Wien hält fest, dass die jeweils gültige und von der obersten Gesundheitsbehörde vorgesehene Vorgehensweise befolgt wird.

5. Weitere Vorgehensweise

- 28. Sitzung mit Empfehlung: 04.03.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

14. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 26.11.2020, 14:00-18:00

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 14. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 26112020_Anwesenheitsliste_14. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 19 von 20 stimmberechtigte Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 13. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 13. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Das Protokoll wurde vorab in der geänderten Fassung ausgeschickt. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 19112020_Corona Kommission_13. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Zu TOP 3 wird Prof. Redlberger-Fritz über das DINÖ Netzwerk berichten. Auch unter TOP 3 wird der neue Einsatzleiter des BMSGPK, Gerald Schimpf über das Vorhaben der Testung großer Bevölkerungsteile referieren.

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Der Vertreter aus Wien verweist darauf, dass die risikoadjustierten Inzidenzen trotz sinkender Fallzahlen rezent gestiegen sind und hinterfragt das weitere Vorgehen in dieser Richtung. Herzog sagt zu, diesen Aspekt im Rahmen der Erstellung der Empfehlung aufzugreifen.

3. Berichte

Vorstellung Projekt Diagnostisches Influenzanezwerk Österreich (DINÖ)

Redlberger-Fritz erläutert anhand der beiliegenden ppt-Präsentation das Influenza Surveillance System in Österreich (DINÖ). Neben dem von der AGES geführten epidemiologischen Meldesystem, das alle grippalen Infekte erfasst, gibt es die virologische Überwachung im Sentinella-Netzwerk DINÖ. Hier wird eine umfassende Typisierung der Viren vorgenommen, welche erlaubt, detaillierte Analysen der Influenzaaktivität vorzunehmen. Diese Daten werden wöchentlich öffentlich gemacht (www.Influenza.at).

Redlberger-Fritz betont, dass in der Saison 2020/2021 bis zum 24.11.2020 noch kein Influenzavirusnachweis im Sentinella-Netzwerk registriert wurde. Der Beginn der Grippewelle ist nicht

exakt vorherzusagen. Es gab Ausbrüche bereits ab KW 56, während es in anderen Saisonen erst im Februar dazu kam. Im Durchschnitt ist von einem Start im Jänner auszugehen.

Anhand des Beispiels des RSV-Virus im Jahr 2018/19 erläutert Redlberger-Fritz, dass die Positivrate von Influenzaviren bei stark kursierenden anderen Viren überlagert werden kann. Im März 2020 konnte man ähnliches durch SARS-CoV-2 beobachten. Es wurde heuer ab KW 9 durchgehend auf SARS-CoV-2 getestet und man konnte analog zu 2. Welle der Pandemie auch im Sentinellasystem vermehrt Infektionen beobachten. Ab KW 45 wurde mit der Testung auf Influenza begonnen, um das erste Auftreten in Österreich jedenfalls zu registrieren.

Mit Verweis auf Australien führt Redlberger-Fritz aus, dass die dortige Influenza-Welle dieses Jahr nicht bzw. in äußerst geringem Ausmaß aufgetreten ist. Dies ist wohl auf den Lockdown zurückzuführen. Ein ähnliches Bild zeigte sich im März 2020 in Österreich, wo die Grippewelle durch den Lockdown sprunghaft beendet wurde.

→ *siehe Anhang 3: 2020_11_DINOE_Ampel*

Auf Nachfrage der Vertreterin aus Wien erläutert Redlberger-Fritz, dass sich Rhino- und Influenzaviren bei Kindern relativ leicht ausbreiten. Das ließ sich nach den rezenten Schulöffnungen beobachten, wo es zu vergleichsweise starken Rhinoviren Ausbrüchen kam. Diese Beobachtung lässt sich jedoch nicht auf SARS-CoV-2 übertragen, da der Übertragungsweg hier teilweise ein anderer ist.

Der Vertreter des Bildungsministeriums hinterfragt, ob Kinder, die an anderen Viren erkrankt sind, ggf. anfälliger für COVID sind. Bislang wurde beobachtet, dass insbesondere kleine Kinder weniger oft betroffen sind und das Virus auch weniger oft weitergeben und man hinterfragt, ob sich das nun ändern könnte. Redlberger-Fritz führt dazu aus, dass es keine Indizien dafür gibt, dass die Anfälligkeit für COVID durch andere Virenaktivität beeinflusst wird. Berichte auf der Südhalbkugel sehen keinen Zusammenhang zwischen COVID und Influenza und es wurden auch sehr wenige Doppelinfektionen verzeichnet. Durch Schutzmaßnahmen wird die Viruszirkulation generell eingeschränkt, d.h. auch Infektionen mit anderen Viren werden wohl vermieden.

Neue Organisation im Krisenstab des BMSGPK

Herzog berichtet, von der neuen Geschäftseinteilung des BMSGPK, die seit Oktober gilt. Es kam auch zu einer Re-Organisation des Krisenstabs, für den ein neuer Einsatzleiter, Gerald Schimpf bestellt wurde. In der Einsatzleitung sind damit primär Gerald Schimpf als Einsatzleiter sowie Manfred Ditto, Bernhard Benka und Meinhild Hausreither für inhaltliche Aspekte tätig. Die Vorsitzenden der Corona-Kommission sind anlassbezogen einzubeziehen.

Das beiliegende Dokument gibt einen Überblick über die neue Geschäftseinteilung und alle inhaltlichen Ansprechpersonen.

→ *siehe Anhang 4: 201030_Beilage zur neuen HBM Weisung für Krisenstab*

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien bestätigt Herzog, dass Schimpf demzufolge der Ansprechpartner für die meisten inhaltlichen Themen ist. Dieser stellt sich im Anschluss kurz persönlich vor.

Bericht des BMSGPK zum Vorhaben der Testung großer Bevölkerungsteile und Diskussion zum Vorhaben (Gerald Schimpf, Einsatzleiter)

Anhand der beiliegenden ppt-Präsentation stellt Schimpf die Pläne zum Screening von PädagogInnen sowie die österreichweite Testung dar.

Es soll grundlegend ein sehr einfacher und niederschwelliger Zugang gewählt werden, wobei eine Voranmeldung (primär webbasiert ergänzt durch Telefon-Hotline und Vor-Ort-Anmeldung für Personen, die keine andere Möglichkeit haben) erfolgen soll. Der Teststandort und –zeitpunkt kann von den ProbandInnen frei gewählt werden. Durch die Voranmeldung wird die Administration vor Ort stark erleichtert. Die getesteten Personen können das Ergebnis vor Ort abwarten, das positiv, negativ oder nicht auswertbar sein kann. Letzteres war in Südtirol kaum der Fall. Die ProbandInnen erhalten ein SMS oder ein E-Mail mit Link zur Website und Authentifizierung bzw. können das Ergebnis vor Ort abwarten. Positive Fälle werden automatisiert ans EMS und die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde gemeldet.

Bei positivem Antigen-Test soll eine PCR-Nachtestung erfolgen. Wenn dies möglich ist, kann diese Testung gleich vor Ort stattfinden. Der positive Antigentest ermöglicht eine sofortige Absonderung der getesteten Person, wobei bei negativer PCR-Nachtestung der Bescheid aufgehoben werden muss. Die Erfassung der Kontaktpersonen kann auf Basis des positiven Antigentests eingeleitet werden, diese sollen aber erst nach Vorliegen des ebenfalls positiven PCR-Tests abgesondert werden. Die Kontaktpersonenerfassung soll primär mittels Selbsterfassung über das Contact Tracing Tool erfolgen.

➔ *siehe Anhang 5: Screening_österreichweite_Tests_26.11.20*

Auf Nachfrage des Vertreters aus Niederösterreich führt Schimpf auf, dass das Webtool ab 30.11.2020 zur Verfügung stehen und die online-Anmeldung ab 2.12.2020 möglich sein wird. Die Telefonhotline wird erst später implementiert, wobei es spezielle Angebote für die Bereiche Bildung und Innenministerium (für die geplante Testung von PolizistInnen) geben soll.

Gartlehner (DUK) hinterfragt, weshalb bei PCR-Nachtestung eine neuerliche Abstrich-Probe entnommen werden muss. Dazu führt Schimpf aus, dass die Pufferlösungen bzw. Test-Kits unterschiedlich sein können und vielfach nicht kompatibel sind. Auf eine weitere Rückfrage führt er aus, dass der Antigentest als Grundlage für den Absonderungsbescheid ausreicht, der somit vor Ort ausgestellt werden kann, wenn dies organisatorisch möglich ist. In den Bundesländern gibt es hier unterschiedliche Pläne in Abhängigkeit zur Umsetzbarkeit. Jeder Person mit positivem Test wird jedenfalls vor Ort ein Informationsschreiben ausgehändigt, das Handlungsempfehlungen für die Zeit bis zur PCR-Testung enthält.

Der Vertreter aus Tirol führt aus, dass österreichweite Massentests das Erlassen von rd. ¼ Million Absonderungsbescheiden innerhalb weniger Tage bedeuten. Er betont, dass dies aus seiner Sicht so nicht durchführbar ist und die Bezirksverwaltungsbehörden vor enorme Probleme hinsichtlich der Machbarkeit stellen wird. Er warnt vor diesem Hintergrund auch vor dem zu erwartenden Aufwand für das Contact Tracing.

Schimpf repliziert, dass die Absonderung der positiven Personen den Bezirksverwaltungsbehörden überlassen bleibt und diese über die konkrete Organisation und Vorgehensweise entscheiden. Auch das Contact Tracing bleibt den Behörden überlassen. Ein eigener Erlass regelt bereits jetzt die Vorgehensweise zur Priorisierung bei zu geringen Ressourcen.

Auch Heinz (MUW) hinterfragt die Verwendung derselben Probe für das Nachtesten. Hier verweist Schimpf nochmals auf die ihm vorliegenden Informationen, wonach dies aktuell und insbesondere vor dem Hintergrund der kurzen Vorbereitungszeit bis zu den ersten Testungen nicht möglich ist.

Auf Nachfrage von Siebenhofer-Kroitzsch führt Schimpf aus, dass seitens des BMLV Tests von Siemens und Roche angeschafft wurden. Einige Bundesländer haben aber darüber hinausgehend eigene Beschaffungen getätigt. Das BMI hat ebenfalls selbst Testkits für die Testung der PolizistInnen angeschafft. Die Planung der generellen weiteren Vorgehensweise ist noch nicht abgeschlossen. Es

gibt Bestrebungen, Testungen in kürzeren Abständen zu wiederholen. Seitens des BMI wurden bereits zwei konkrete Testzeitpunkte im Wochenabstand festgelegt. Darüber hinaus sind noch keine konkreten Festlegungen getroffen.

Schimpf bestätigt auf Nachfrage von Siebenhofer-Kroitzsch auch, dass die ersten Testungen in Tirol und Vorarlberg als Pilotversuche genutzt werden sollen, um daraus zu lernen.

Der Vertreter aus Niederösterreich fragt nach, ob die Weiterleitung einer angemeldeten Person zu einem QR-Code zur Anmeldung ausschließlich bei vollständiger Datenerfassung erfolgt, um unvollständige Daten zu vermeiden. Schimpf bestätigt, dass eine möglichst hohe Datenqualität sichergestellt werden muss und dass der Prozess so aufgebaut ist, dass nur korrekte Adressen bzw. Telefonnummern angegeben werden können.

Der Vertreter aus Wien fasst zusammen, dass positive Testergebnisse durch einen PCR-Test bestätigt werden müssen. Er fragt, ob beide Testergebnisse ins EMS gemeldet werden. Weiter hinterfragt er, was mit jenen Personen passiert, die kein Testergebnis via SMS erhalten. Erfahrungen aus Südtirol zufolge, betrifft dies rd. 10 % der ProbandInnen (z. B. wegen fehlerhaften Telefonnummern). Der Vertreter aus Wien betont, dass es inakzeptabel ist, eine Hotline für diese Personen bei den Ländern anzusiedeln, wie von Schimpf zuvor ausgeführt. Weiters führt er aus, dass mehrfach zugesagt wurde, dass es hier kein Contact Tracing geben soll, dass nunmehr aber ausgeführt wurde, dass dies doch zu machen wäre. Der Vertreter aus Wien betont, dass bei zu erwartenden 10.000 positiven Befunden in seinem Bundesland ein Contact Tracing binnen 48 Stunden nicht machbar scheint. Er weist darauf hin, dass die Abwicklung der Antigentests eine Sache des Bundes und damit von der sonstigen Abwicklung zu trennen ist.

Schimpf repliziert, dass auch jetzt positive Testergebnisse aus dem niedergelassenen Bereich und die nachfolgenden PCR-Tests ins EMS gemeldet werden. Diese Fälle werden jeweils zusammengeführt und nicht doppelt erfasst. In Südtirol wurde auf ein 2-Faktor-Authentifizierungssystem via E-Mail und SMS gesetzt. In 10% der Fälle war eine der beiden Angaben falsch. Da in Österreich die Telefonnummer bereits bei Anmeldung validiert werden soll, wird hier nicht mit diesem Problem im selben Ausmaß gerechnet. In Hinblick auf die bundesseitig zugesagte zentrale Hotline war man von der Testung am Wochenende ab 18. Dezember ausgegangen. Aufgrund der von den Bundesländern zeitlich vorgezogenen Testungen kann das so nicht umgesetzt werden, es gibt hier aber heute um 16 Uhr einen weiteren Abstimmungstermin.

Der Vertreter aus Kärnten hinterfragt die geplante Dichte an Teststationen, wobei Schimpf hier darauf verweist, dass die Teststandorte vom BMLV in Abstimmung mit den Ländern definiert werden. Schimpf führt auf weitere Fragen aus, dass die Abwicklung der PCR-Nachtestung auf Länderebene anhand der konkreten Standorte festgelegt werden muss. Es wird nicht in allen Fällen möglich sein, direkt an der Teststation PCR-Tests vorzunehmen.

Hinsichtlich der Ausstellung von Bescheiden betont der Vertreter aus Kärnten, dass wohl nicht alle Teststandorte mit VertreterInnen der Bezirksverwaltungsbehörden ausgestattet werden können. Schon jetzt kommt es zur Verzögerung bei der Bescheidausstellung. Er schlägt vor, analog Südtirol ein Agreement mit der Sozialversicherung zu finden, um positiv getestete Personen unmittelbar krank zu schreiben und damit auch arbeitsrechtlich abzusichern. Schimpf führt aus, dass es in Südtirol gar keine Absonderung nach dem Antigentest gab, sondern nur eine Krankschreibung. Eine Automatisierte Absonderung ohne Bescheid ist in Österreich nicht möglich. Empfohlen wird, die Bescheidausstellung so automatisiert wie möglich ablaufen zu lassen, auch wenn das in der Kürze der Zeit sehr herausfordernd sein wird.

Rabady (KLPU) führt aus, dass im niedergelassenen Bereich bei erhöhtem Verdacht unmittelbar zwei Proben abgenommen werden und hinterfragt, ob diese Vorgehensweise nicht auch bei den Testungen möglich wäre. Sie gibt zu bedenken, dass durch das Bevölkerungsscreening per se bereits ein Teil des Contact Tracings abgewickelt ist.

Die Vertreterin des BKA führt aus, dass im Ministerratsvortrag von gestern festgehalten ist, dass im Zuge der Massentestungen vom Contact Tracing abgesehen werden kann. Schimpf bestätigt diese Kann-Bestimmung, wobei gemeinsam mit den Landessanitätsdirektionen ein klares Bekenntnis für Contact Tracing abgegeben wurde, wenn es möglich ist. Das jeweilige Bundesland kann somit eigenständig eine Priorisierung vornehmen. Ziel ist es Contact Tracing durchzuführen und zwar in jenem Ausmaß, wie es möglich ist. Die Vertreterin des BKA fasst zusammen, dass demzufolge jeder das machen kann, was er für nötig hält. Schimpf verweist dahingehend auf einen Erlass des BMSGPK. Die Vertreterin des BKA fragt nach, ob dies auch bedeuten kann, gänzlich vom Contact Tracing abzusehen. Herzog bietet an, dies nochmals mit JuristInnen abzustimmen und verweist auch nochmals auf den heute um 16 Uhr stattfindenden Abstimmungstermin, wo auch das BKA noch offene Fragen einbringen und klären kann.

Allerberger (AGES) führt aus, dass die Forderung nach dem Verwenden derselben Probe für Antigen- und PCR-Test mit äußerster Vorsicht zu betrachten ist. Die jeweiligen Produktinformationen sind so weit als möglich einzuhalten.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt die Altersgruppe, die getestet werden soll. Dem Vernehmen nach sollen es Personen zwischen 6 und 80 Jahren sein. Hinterfragt wird insbesondere die Testung sehr junger Kinder im Setting von Teststationen sowie die Organisation der Testungen, die für die Länder aus seiner Sicht kaum zielführend machbar sein wird.

Herzog führt aus, dass die Möglichkeit zur Testung ab dem Schulkind Alter geschaffen werden soll. Er betont hier aber die Freiwilligkeit der Teilnahme. Personen, die bereits an Screeningprogrammen teilnehmen, sind nicht die Zielgruppe dieser Screenings. Zudem sollen nur asymptomatische Personen zur Testung eingeladen werden, um Ansteckungen zu vermeiden.

Der Vertreter aus Wien verweist darauf, dass viele Eltern die konkrete Testsituation mangels Erfahrung nicht einschätzen können und dass eine Empfehlung des Staates hier mit Vorsicht auszusprechen ist.

Siebenhofer-Kroitzsch hinterfragt, ob anstelle einer PCR-Nachtestung nicht ein zweiter Antigentest verwendet werden könnte. Herzog verweist hier auf eine Diskussion der ECDC, wonach ein wiederholter Antigentest nach 3 Tagen empfohlen werden soll. Dies würde organisatorisch wohl keine Erleichterungen bringen.

Schmid bestätigt, dass die ECDC einen mit kurzem Abstand durchgeführten zweiten Antigentest empfiehlt, wobei bei zwei positiven Antigentests ein bestätigter positiver Fall vorliegt. Sie schließt sich den Ausführungen von Allerberger dahingehend an, dass eine Vermengung von Testkits jedenfalls zu vermeiden ist.

Der Vertreter aus Niederösterreich betont, dass das Abnehmen der PCR-Tests nur 1 Prozent der Fälle betrifft und daher nicht den Hauptteil des Gesamtaufwandes darstellt.

Herzog schlägt vor, eine von ihm im Zuge der Diskussion erstellte Zusammenfassung in der Pause auszusenden und danach zu diskutieren. Er erläutert nach der Pause die Zusammenfassung und die zugrunde liegenden Gedanken.

Die Vertreterin des BKA hält fest, dass die Vorgehensweise einen Text in der Pause zu analysieren, abgelehnt wird. Zu den inhaltlichen Aspekten äußert man sich nicht. Auch der Vertreter aus der Steiermark erbittet sich mehr Zeit für die Beurteilung des Textes.

Gartlehner betont, dass ein Screeningprogramm in diesem Ausmaß mit einem klaren Strategiepapier hinterlegt werden muss. Derzeit ist nur die diesbezügliche Presseaussendung bekannt. Auch Siebenhofer-Kroitzsch verweist auf die Notwendigkeit einer verschriftlichten Strategie sowie eines Kommunikationskonzeptes für die Bevölkerung. Heinz betont, dass die wissenschaftliche Begleitung des Projektes essenziell ist. Die erhobenen Daten sollten entsprechend aufbereitet werden.

Der Vertreter aus Oberösterreich betont, dass es eine klare Zielsetzung geben muss. Diese ist wohl die Reduktion der Infektionszahlen. Dies muss aber mit einer klaren Strategie und darin verschriftlichten Vorgehensweise hinterlegt werden.

Rabady führt aus, dass der Bevölkerung möglichst einfach und repetitiv kommuniziert werden muss, welche Regeln weiterhin einzuhalten sind.

Der Vertreter aus Wien führt aus, dass der epidemiologische Effekt von Testungen nur gegeben ist, wenn diese wöchentlich wiederholt werden. Er hinterfragt diesbezüglich die weitere Vorgehensweise.

Herzog führt aus, dass es Evidenz für positive Effekte von Testungen der breiten Bevölkerung gibt. Die konkrete weitere Vorgehensweise ist ihm auch nicht bekannt. Er verweist auf die ersten Testungen in Vorarlberg und Tirol, die erste Erkenntnisse und Schlussfolgerungen zulassen werden. Die finanziellen Implikationen einer derartigen Testung sind wesentlich geringer, als jene eines Lockdowns.

Gartlehner führt aus, dass vorliegende Evidenz zu derartigen Screenings zeigt, dass ein- bzw. zweimalige Testung nur zu einem kurzfristigen Rückgang der Infektionen führt. Die Daten und Informationen aus den Testungen sollten jedenfalls genutzt werden, um daraus Erkenntnisse zu gewinnen.

In Bezug auf die Wortmeldungen des BKA und des Vertreters aus der Steiermark führt Siebenhofer-Kroitzsch aus, dass ein Zuwarten nur in geringem Ausmaß zielführend ist, da es ansonsten zu spät sein könnte, um sinnvoll zur Diskussion beizutragen. Sie lehnt eine neuerliche Vertragung des Themas ab.

Der Vertreter aus Wien verweist darauf, dass der Begriff Massentests mangels Definition vermieden werden soll. Er hinterfragt auch die wöchentliche Frequenz der Testungen und die diesbezügliche Organisation und weitere Abwicklung.

Herzog führt aus, dass es in gewissen Settings einen Sinn haben kann, die Tests hochfrequent zu wiederholen. Wie und wo genau dies ausgeführt werden soll, ist Inhalt der weiteren konkreten Planungen. Anhand der Unterschiedlichkeit der Inzidenzen kann ggf. beurteilt werden, wo derartige Testungen Sinn machen könnten. Die Eigendynamik, die aktuell entstanden ist, soll wieder eingefangen und strukturiert werden.

Schmid führt aus, dass wohl primär zielgruppenspezifisches Screening sinnvoll ist. Das UK National Screening Committee hat hierzu Empfehlungen herausgegeben.

Der Vertreter aus Wien verweist auf ein Papier der ECDC, wonach Antigentests in asymptomatischen Gruppen nicht zielführend sind. Er gibt zu bedenken, dass derartige Testverfahren in der breiten Bevölkerung auch unerwünschte Ereignisse nach sich ziehen können. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund der Versammlung großer Massen, was mit entsprechenden Sicherheitskonzepten zu hinterlegen ist. Er sagt zu, diesbezügliche Literatur zur Verfügung zu stellen. In Bezug auf das UK Screening Committee führt er aus, dass in den UK das Projekt abgesagt wurde, da das Committee dem

nicht zugestimmt hat. Er hält es daher nicht für zulässig, das Screening Committee in diesem Kontext zu zitieren.

Heinz betont, dass der Einsatz von Antigentests für zielgerichtete Prävention in bestimmten Settings sehr sinnvoll sein könnte. **Konkret schlägt er vor, tägliche Tests des gesamten Personals, der BewohnerInnen und aller Besucher von Alten- und Pflegeheimen vorzunehmen.**

Der Vertreter aus Wien führt aus, dass eine derartige Vorgehensweise in Realität unmöglich durchzuführen ist.

Herzog ersucht um weitere Rückmeldungen zum vorliegenden Dokument bis morgen Abend. Ein auf dieser Basis überarbeitetes Dokument soll anschließend nochmals ausgesendet werden.

Der Vertreter aus Niederösterreich regt abschließend an, als Nachtest direkt vor Ort das RT-LAMP-Verfahren einzusetzen.

Ergebnis der Anhörung zur Novelle der COVID-19-Notmaßnahmenverordnung

Es sind 3 Rückmeldungen zur COVID-19-Notmaßnahmenverordnung eingelangt, die dokumentiert wurden.

→ *siehe Anhang 6: COVID-19_NotMV_Rückmeldungen_25112020*

Der Vertreter des BMAFJ führt zu seiner Stellungnahme aus, dass ein gänzlich Verbot körpernaher Dienstleistungen ggf. einfacher gewesen wäre, wobei er die Komplexität der Thematik verstehen kann.

Der Vertreter aus Kärnten berichtet, dass man sich für eine definierte Zeitspanne eine Ausnahme von den verpflichteten Screening-Tests für Personen überlegen sollte, die die Erkrankung bereits durchgemacht haben.

Herzog sagt zu, dies für eine allfällige Neufassung der Verordnung aufzugreifen.

Allerberger informiert, dass in Schweden hier rund 6 Monate als Zeitraum gewählt wurden.

Meinungsaustausch zum weiteren Vorgehen (Maßnahmen)

Herzog zeigt kurz eine Präsentation, die Inzidenzen und gesetzte Maßnahmen je Bundesland darstellt. Die Präsentation wird mit dem Protokoll ausgeschickt.

→ *siehe Anhang 7: Vergleich Bundesländer_26112020*

In einer der nächsten Sitzungen soll thematisiert und diskutiert werden, ob die zukünftige Vorgehensweise adaptiert werden soll. Dies könnte bedeuten, den Präventionsgedanken mehr in den Vordergrund zu stellen oder in der Beurteilung ein geräumigeres Vorgehen zu wählen.

4. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Schmid (AGES) gibt einen kurzen Überblick zur allgemeinen Lage und zu Auffälligkeiten in Österreich. Die kumulative Inzidenz ist auf rund 400 Fälle je 100.000 Einwohner gefallen. Diese Trendwende hat vor rund 2 Wochen begonnen. Der Anteil der aufgeklärten Fälle beträgt in der laufenden Woche rund 20 %, wird sich aber wie in der Vergangenheit rückwirkend noch erhöhen. Für KW 46 wurden rund 40 % erreicht. Das Durchschnittsalter ist auf rund 45 Jahre gestiegen. Bei den unter 25-Jährigen fanden Ansteckungen in KW 46 primär im Setting Haushalt statt. **Das R_{eff} liegt am 24.11.2020 bei 0,89. Bei den über 65-Jährigen ist der größte Cluster Gesundheit-Soziales (Alten- und Pflegeheime).**

→ *siehe Anhang 8: Ampel_slides_2020-11-26*

→ siehe Anhang 9: Kurzbericht Monitoring der COVID-19 Schutzmaßnahmen_25.11.20

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Die letztwöchige Prognose lag sehr nahe an der tatsächlichen Entwicklung, was für eine sehr hohe Prognosegüte spricht. Die Limitationen haben sich leicht verändert, da aktuell 3 Bundesländer das Testen von asymptomatischen Kontaktpersonen Grad I eingestellt haben. Die aktuelle Prognose geht von einem weiteren Rückgang der Fälle/Tag aus, wobei von einer Mischwirkung des Lockdown light und des hard-Lockdowns ausgegangen wird. Gemäß Prognose kommt es in keinem Bundesland zu einer Überschreitung der verfügbaren Intensivkapazitäten, die Auslastung bleibt aber auf einem hohen, systemkritischen Niveau.

→ siehe Anhang 10: TOP 3 Prognose

Der Vertreter aus Wien spricht dem Prognose-Team seinen Respekt für die Arbeiten aus, da die Prognosen der letzten Wochen weitgehend zutreffend waren. Gemäß seiner Interpretation der präsentierten Daten, reichen die Maßnahmen des Lockdown light nicht aus, um die Epidemie unter Kontrolle zu halten.

Bachner führt aus, dass es aktuell schwer einzuschätzen ist, welchen Effekt die Maßnahmen des Lockdown light hatten. Er verweist auf das Beispiel der Schweiz, wo es auch ohne Lockdown zu einem Rückgang der Fallzahlen kam.

Allerberger merkt an, dass der Peak am 11.11.2020 ggf. auf das Verhalten der Bevölkerung kurz vor den Lockdown-Maßnahmen zurückzuführen ist.

Schmid führt aus, dass kein kausaler Schluss zwischen den Maßnahmen des Lockdown light bzw. hard und der Fallentwicklung gezogen werden kann. Es gibt hier vorerst nur Beobachtungen. Auch der Feiertag Anfang November hat zu verändertem Verhalten und damit einhergehend ggf. verstärkten Ansteckungen geführt.

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es erfolgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs. Aufgrund der Homogenität der Einschätzungen wird ein Überblick zur Gesamtsituation und auf Bundeslandebene gegeben und nicht auf Bezirksebene vorgegangen.

Bachner führt aus, dass sich auf Basis der Daten für ganz Österreich ein sehr hohes Risiko ergibt. Die risikoadjustierten Inzidenzen schwanken zwischen rd. 250 und über 1.000/100.000, wobei die Werte in Abhängigkeit zu den Faktoren der Adjustierung die Werte hier stärker schwanken. Neu hinzugefügt wurde ein aktueller Trend der rohen Inzidenzdaten im Vergleich zur Vorwoche. Es zeigt sich, wo es zu Rückgängen kommt, aber auch in welchen Regionen es rezent zu zunehmenden Inzidenzen gekommen ist.

Im Burgenland kam es mit Ausnahme von Mattersburg und Neusiedl am See zu einem Rückgang der Inzidenzen. Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet von zunehmenden Schwierigkeiten in Bezug auf die Abklärung. Es soll hier ggf. auf das Angebot der AGES zurückgegriffen werden, Unterstützung in diesem Bereich zu erhalten.

Für Kärnten berichtet Bachner von einem generell rückläufigen Trend mit Ausnahme von Sankt Veit an der Glan, wo ein ganz leichter Anstieg bei sehr hoher Inzidenz verzeichnet wurde. Der Vertreter aus Kärnten berichtet für Völkermarkt, dass dort nur mehr ein Amtsarzt zur Verfügung steht, der nunmehr selbst unter Quarantäne steht. Ähnliche Bilder zeigen sich in anderen Bezirken. Die gestiegenen Fallzahlen machen ein strukturelles Defizit auch in Bezug auf die IT-Infrastruktur offenbar. Den

wesentlich deutlicheren Rückgang der Inzidenzen in den Ballungszentren im Vergleich zur Peripherie kann sich der Vertreter aus Kärnten nicht erklären. Er berichtet von einem vergleichsweise gering ausgeprägten Problembewusstsein und damit einhergehend sehr schlechter Compliance der Bevölkerung. Er gibt zu bedenken, dass der aktuelle Lockdown mit Bedacht beendet werden muss, um einen neuerlichen starken Anstieg der Infektionen zu vermeiden.

Es lässt sich für ganz Niederösterreich ein Rückgang der Inzidenzen beobachten, mit Ausnahme von Sankt Pölten Stadt und Amstetten, die sich auf konstant hohem Niveau weiterentwickeln und eine leichte Zunahme der Fallzahlen verzeichnen. Die Vertreterin aus Niederösterreich erläutert, dass die Entwicklung in Sankt Pölten Stadt primär auf Cluster in großen Firmen zurückzuführen ist.

Auch in Oberösterreich ist das Bild generell rückläufig, wobei sich in Eferding mit einem Anstieg von 8 % und in Grieskirchen mit einer Zunahme der Inzidenz um über 40 % interessante Entwicklungen abzeichnen. Der Vertreter aus Oberösterreich erläutert, dass primär die Auslastung im stationären Bereich zu beobachten ist. Hier wurden eine leichte Entspannung in der Normalpflege und eine leichte Zunahme im Intensivbereich verzeichnet. Es wird davon ausgegangen, dass die Intensivkapazitäten ausreichen werden, wenn sich die Infektionszahlen weiterhin positiv entwickeln. Der Vertreter aus Oberösterreich gibt zu bedenken, dass die Inzidenzen und auch die Auslastung im stationären Bereich am 6.12.2020 nach wie vor hoch sein werden. Er regt für die nächste Sitzung eine Analyse und eine Diskussion dahingehend an, ob und wie dann vorgegangen werden soll. Für Grieskirchen führt er aus, dass im örtlichen Krankenhaus bereits die Folgen der steigenden Inzidenz offenbar werden. Konkrete Gründe im Sinne von größeren Clustern sind nicht bekannt.

In Salzburg ist es in allen Bundesländern zu einem deutlichen Rückgang der Inzidenz gekommen. Der Vertreter aus Salzburg verweist darauf, dass das Mobilitätsniveau trotz Lockdowns hoch ist. Im Spitalsbereich verzeichnet er leichte Entspannung, wobei die Intensivpflege erst verzögert nachzieht. Die geringere Hospitalisierungsrate im Vergleich zu anderen Bundesländern kann nicht erklärt werden.

In der Steiermark zeigen sich zwar auch tendenzielle Rückgänge bei der Inzidenz, aber in 4 Bezirken kam es zu deutlichen Zunahmen des Fallgeschehens: Leoben, Liezen, Murau und Murtal. Die rohe Inzidenz des Bundeslandes insgesamt liegt bei rd. 375/100.000 Einwohner. Der Vertreter aus der Steiermark berichtet von einer relativ stabilen Situation auf hohem Niveau. Problematisch ist derzeit die Altersstruktur der Erkrankten.

Auch in Tirol wurden Rückgänge bei der Inzidenz verzeichnet. Die rohe Inzidenz liegt bei rund 530/100.000 Einwohner. Ein leichter Anstieg wurde in Kufstein und ein etwas Deutlicherer in Lienz verzeichnet. Der Vertreter aus Tirol bestätigt, dass die Bezirke Kufstein und Lienz etwas problematischer sind. Generell konnte die Abklärungsquote landesintern verbessert werden.

In Vorarlberg ist der Trend deutlich rückläufig, lediglich im Großen Walsertal kam es zu einer Zunahme der Inzidenz, bei in absoluten Zahlen äußerst geringen Fallzahlen. Der Vertreter aus Vorarlberg merkt an, dass sein Bundesland auf sehr hohem Niveau gestartet ist. Er erläutert, dass die Fallabklärung in Vorarlberg zentralisiert wurde. Berichtet wird, dass sich die deutlichen Rückgänge der Fallzahlen im stationären Bereich nicht in dieser Deutlichkeit niederschlagen. Er berichtet von der aktuell vergleichsweise hohen Zahl an COVID-assoziierten Todesfällen in seinem Bundesland, betroffen waren primär hoch altrige Personen waren.

Allerberger berichtet von einer aktuell verzeichneten deutlichen Übersterblichkeit, wobei der sich der Altersdurchschnitt der Betroffenen mit der durchschnittlichen Lebenserwartung deckt.

Auch in Wien ist es zu einem Rückgang der rohen Inzidenz von knapp einem Drittel gekommen. Die rohe Inzidenz ist mit 270/100.000 Einwohnern vergleichsweise gering, die Abklärungsquote

vergleichsweise hoch. Der Vertreter aus Wien verweist auf die heute vom Bildungsministerium mit der Statistik Austria veröffentlichte Studie, die eine gute Grundlage für weitere Planungen darstellt. Die Situation in den Spitälern hat sich bislang nur leicht entspannt.

Schmid führt in Anlehnung an das Ansuchen aus Wien aus, dass die Abklärungsquote derzeit gering ist und damit die Betrachtung der Risikoadjustierung vorerst ausgesetzt werden soll. Sobald die Abklärungsquote zeitgerecht wieder über 50 % liegt, sollte man die Betrachtung der risikoadjustierten Werte wieder aufgreifen. Die Vertreter aus Oberösterreich und der Steiermark schließen sich diesem Vorschlag an.

Herzog fasst zusammen, dass die Darstellung der Risikoadjustierung vorerst ausgesetzt wird.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

„Aufgrund der entsprechenden Kontextinformationen sind alle Bezirke, alle Bundesländer und das gesamte Staatsgebiet mit sehr hohem Risiko einzustufen.“

Bezirke: alle

Bundesländer: alle

Staatsgebiet Österreich

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Es wird nach einer Pause die parallel vorbereitete APA-Meldung zum Sitzungsergebnis gezeigt. Gegen die Meldung bestehen keine Einwände seitens der Mitglieder. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschöber noch heute an die APA und anschließend an die Bezirkshauptleute übermittelt.

➔ *siehe Anhang 11: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_26112020_APA*

5. Weitere Vorgehensweise

Die heute getroffene Empfehlung ist dokumentiert und wird in dieser Form an die Politik übermittelt. Auch der Kommission wird das Ergebnis zusammen mit dem Protokoll zugänglich gemacht.

➔ *siehe Anhang 12: Empfehlung der Corona Kommission_20201126*

Sitzungstermine/-frequenz über Weihnachten und Neujahr

Es soll zeitgerecht die Sitzungsfrequenz über Weihnachten und Neujahr fixiert werden. Vorgeschlagen wird, eine Sitzung am 22.12.2020 abzuhalten. Ein weiterer Termin für 30.12.2020 soll nur optional wahrgenommen werden, falls dies auf Grund der Situation absolut erforderlich ist. Der nächste reguläre Termin 2021 wird am 7.1.2021 abgehalten.

Diese Planung findet die Zustimmung der Kommission.

- 15. Sitzung mit Empfehlung: 3.12.2020, 14:00 – 18:00 Uhr

23. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 28.01.2021, 14:00-18:45

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 23. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 28012021_Anwesenheitsliste_23. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmung alle stimmberechtigten Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 22. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 22. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

Es kam auch zu einer Korrektur der Anwesenheitsliste, die in der korrigierten Form im Vorfeld der Sitzung ausgeschickt wurde.

→ siehe Anhang 2: 21012021_Corona Kommission_22. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

In TOP 4 soll zusätzlich der von Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) angeregte Punkt von Freizeitaktivitäten im Zuge etwaiger zukünftiger Lockerungen thematisiert werden.

Die Tagesordnung wird mit dieser Ergänzung angenommen.

Update zu geplanten rechtlichen Vorhaben

Hausreither (BMSGPK) berichtet über die geplante neue Einreiseverordnung, die sich in finaler Abstimmung, u.A. mit den Sozialpartnern, befindet. Die derzeit geltende Notmaßnahmenverordnung muss nächste Woche abermals im Hauptausschuss des Nationalrates bis 8.2.2021 verlängert werden. Im Vorfeld wird wieder die Corona-Kommission befasst werden. Es sind für diese 4. COVID-19-NotMV kaum inhaltliche Neuerungen geplant, es sollen lediglich redaktionelle Änderungen und Klarstellungen vorgenommen werden.

Für den Zeitraum nach 8.2.2021 solle eine neue 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung erlassen werden. Etwaige Inhalte wurden schon medial kolportiert, die finale Abstimmung auf politischer Ebene ist aber noch nicht erfolgt. Die Inhalte sollen am kommenden Dienstag im Rahmen einer Pressekonferenz präsentiert werden. Sobald der Verordnungsentwurf vorliegt, wird abermals die Corona-Kommission befasst. Geplant wäre die Befassung für 3.2.2021. Im bereits etablierten Rhythmus müsste auch diese Schutzmaßnahmenverordnung alle 10 Tage im Hauptausschuss des

Nationalrates verlängert und jeweils davor die Corona-Kommission befasst werden. Je nach Inhalt der kommenden Verordnungen werden ggf. deren Titel jeweils angepasst.

Hausreither kündigt an, einen Zeitplan für die genannten Vorhaben zu übermitteln. Dieser liegt zum Zeitpunkt des Protokollversandes noch nicht vor und wird nach Übermittlung nachgereicht.

Der Vertreter aus Vorarlberg verweist auf Medienberichte, wonach die Verfassungsmäßigkeit gewisser Maßnahmen in Frage gezogen wird und ersucht Hausreither um Einschätzung. Diese berichtet, dass derartige Einschätzungen u.A. im Beraterstab thematisiert werden. Jede Einschränkung der persönlichen Freiheit muss fachlich begründet sein, dies erfolgt u.A. auch durch die Einschätzungen der Corona-Kommission.

Der Vertreter aus Wien nimmt Bezug auf etwaige Öffnungsschritte und die damit verbundene zumindest einmal wöchentliche Testung betroffener Personen. In Bezug auf die Öffnung des Handels und einiger spezifischer Dienstleistungen, wären rund eine Million Menschen betroffen. In Bezug auf den öffentlichen Dienst gab es in ersten Entwürfen eine sehr breite Anforderung an Testung, nunmehr sind wohl nur Personen im direkten Kundenkontakt betroffen. Der Vertreter aus Wien fragt daher nach, ob die diesbezügliche Testverpflichtung womöglich auch Personen aus dem öffentlichen Dienst betreffen wird. Es seien entsprechende Vorbereitungen notwendig. Hausreither berichtet, dass diese Informationen nicht final vorliegen und dass in Bezug auf Test- und Kapazitätsfragen andere Abteilungen des BMSGPK zuständig sind. Sie sagt zu, die Fragestellung an EL Schimpf weiterzuleiten.

Der Vertreter aus Oberösterreich schließt sich der Frage aus Wien an und betont die Wichtigkeit, in Bezug auf derartige Strategien rechtzeitig zu kommunizieren, welche Vorhaltungen seitens der Länder zu treffen sind. Diese sind mit Beschaffungs- und Lagerungskapazitäten verbunden, die entsprechend geplant werden müssen. Die bestehenden Testangebote führen bereits jetzt zu kleineren Einschränkungen der Gesundheitsversorgung an anderer Stelle. Bei einem Anstieg der Kapazitäten würde dies entsprechend weitreichendere Konsequenzen haben. Zur Frage des drohenden Zusammenbruchs des Gesundheitssystems wäre für die Kommission wichtig, welcher zeitliche Horizont für diesen etwaig drohenden Zusammenbruch zugrunde zu legen ist. Aus derzeitiger Sicht ist ein derartiger Zusammenbruch kurzfristig nicht zu erwarten, Langfristprognosen weisen aber auf derartige Möglichkeiten hin. Hausreither sagt abermals zu, ersteren Aspekt an die KollegInnen im Krisenstab weiterzuleiten. Zur zeitlichen Dimension verweist sie darauf, dass es keine konkreten Angaben im Gesetz gibt. Der Passus „drohend“ kann mannigfaltig betrachtet werden, gibt aber zu bedenken, dass etwaige Gesetzesänderungen einer entsprechenden Vorlaufzeit bedürfen. Ggf. könnten – wenn aus fachlicher Sicht sinnvoll - weitere Begründungen für freiheitseinschränkende Maßnahmen aufgenommen werden.

3. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Bachner (GÖG) berichtet von der zweiten Sitzung der Sub-Arbeitsgruppe, die sich mit der Adaptierung der Risikobewertung und –adjustierung beschäftigt. Es gibt einen Konsens, dass die Risikoeinstufung künftig auf Ebene der Bundesländer erfolgen soll. Die Darstellung der Daten und Indikatoren soll im Sinne der Kontinuität weiterhin auch auf Bezirksebene erfolgen. Es ist noch zu diskutieren, ob in der Darstellung der Empfehlung für die Bundesländer ggf. Schattierungen eingesetzt werden soll.

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass diese Entscheidung auch auf politischer Ebene abgestimmt werden muss. Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien bestätigt Herzog, dass die Geschäftsordnung der Corona-Kommission bei entsprechender Notwendigkeit angepasst werden wird.

Bachner führt aus, dass Verbreitungs- und Systemrisiko künftig getrennt ausgewiesen werden sollen, wobei in der Abwägung das Systemrisiko höheren Stellenwert einnimmt.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet, dass Kapazitäten nicht nur anhand der zur Verfügung stehenden Betten, sondern vielmehr unter Beachtung der Verfügbarkeit des dafür notwendigen Personals zu ermitteln wären. Der Vertreter aus Wien schließt sich diesen Ausführungen an und verweist zudem auch auf die Funktion von Stationen. Er berichtet, dass in Deutschland auch Kapazitäten für „test, trace, isolate“ einbezogen werden. Himpele (Wien) plädiert dafür, die Komplexität des Bewertungssystems möglichst gering zu halten. Ostermann hebt hervor, dass die ICU-Belegung ein so genannter „late-warning“-Indikator ist. Ggf. könnten Contact-Tracing-Ressourcen zugrunde gelegt werden.

Herzog führt aus, dass nur auf vorhandenen Daten aufgebaut werden kann. Viele der genannten Vorschläge lassen sich aktuell nicht berechnen, da die Datengrundlagen nicht zur Verfügung stehen. Er gibt zu bedenken, dass die Forderung nach zusätzlichen Datenmeldungen zu höherem Aufwand führen wird, da diese Meldungen seitens der Länder umgesetzt werden müssen. Er betont, dass bei Kapazitätsmeldungen selbstverständlich die personelle Ausstattung beachtet werden muss.

Der Vertreter aus Oberösterreich betont, dass aus seiner Sicht die Aufnahmerate an Neuinfektionen sowie die Intensivbettenbelegung die wesentlichen Systemparameter darstellen. Diese Indikatoren sind weitgehend vergleichbar. Man zeigt sich überrascht, dass es den Verdacht gibt, dass als verfügbar gemeldete Betten ggf. personell nicht bespielt werden können.

Der Vertreter aus Vorarlberg repliziert, dass zunächst die verfügbaren Kapazitäten am oberen Limit angenommen wurden. Erst im Verlauf der Pandemie wurden Erfahrungswerte gewonnen, ob diese Betten auch in der Praxis dauerhaft personell ausgestattet werden können.

Bachner führt weiter aus, welche Parameter in die Berechnung des Verbreitungs- und Systemrisikos einfließen sollen. Die Adjustierung nach Alter entfällt.

Himpele (Wien) gibt zu bedenken, dass durch die parallele Verwendung von Inzidenz und Trend das System deutlich volatiler wird und er hinterfragt die unterschiedliche Gewichtung des Trends beim Auf- und Abschwüngen. Durch die bislang angewandte Verweildauerregelung würden sich diese Effekte verstärken. Bachner verweist darauf, dass diese Thematik in der Sub-Arbeitsgruppe bereits ausführlich diskutiert wurde. Er betont, dass bei der als Beispiel genannten Verdoppelung des Fallgeschehens auf Bundeslandebene wohl ohnedies dringender Handlungsbedarf gegeben ist. Für eine Situation extrem niedriger Fallzahlen je Bundesland wird eine etwaige Problematik gesehen. Hier könnte angedacht werden, eine Regelung einzuführen, wie mit derart niedrigen Fallzahlen umgegangen wird. Für die aktuell vorherrschende Situation wird die Problematik jedoch nicht gesehen. Der Vertreter aus Wien berichtet, dass sich Irland binnen kurzer Zeit in beide Richtungen verdoppelt bzw. halbiert hat.

Der Vertreter aus Oberösterreich zieht die Sinnhaftigkeit einer Gewichtung in Bezug auf den Trend in Frage. Ggf. könnte der Trend nur in die qualitative Bewertung Eingang finden.

Herzog fasst zusammen, dass die unterschiedliche Gewichtung von Auf- und Abschwüngen eher kritisch betrachtet wird.

Der Vertreter aus Oberösterreich äußert Vorbehalte gegen die gezeigten Auf- und Abschlüsse in Bezug auf die Quellen-Typisierung. Schmid gibt zu bedenken, dass diese Wichtungsfaktoren in den letzten Monaten durchgängig in dieser Form angewandt wurden. Der Vertreter aus Oberösterreich repliziert, dass insbesondere in Zeiten mit sehr hohen Fallzahlen die Aufklärungsquoten geringer sind. Die Aufklärungsquoten sind nicht nur von den Kapazitäten der Behörden, sondern auch von der

Compliance der Bevölkerung abhängig. Das Bild, dass ein Lockdown auf Basis schlechter Aufklärungsquoten verlängert wird, soll möglichst vermieden werden. Vorgeschlagen wird, die Gewichtung hier deutlich zu verringern.

Schmid führt aus, dass nach rund 12 Monaten der Pandemie ein funktionierendes System der Quellenabklärung bundeslandspezifisch etabliert wurde. Die Abklärungsaktivitäten sind nun bestmöglich optimiert und harmonisiert, sodass man nun auch im Zuge einer etwaigen weiteren Welle eine hohe Abklärungsquote erreichen kann. Vorteil ist, dass Infektionsketten und –herde durch diesen Kenntnisstand bestmöglich eingeschätzt werden können. Dieses System nun in Frage zu stellen, wird abgelehnt. Die reine Gewichtung kann nochmals diskutiert werden.

Der Vertreter aus Oberösterreich stellt klar, dass man keinesfalls das System der Quellenabklärung und dessen Funktionieren in Zweifel ziehen möchte. Man gibt aber nach wie vor zu bedenken, dass die gezeigten Gewichtungsfaktoren zu hohen Auf-/Abschlägen führen können.

In Bezug auf das Testgeschehen soll gemäß der Ausführungen von Bachner primär der Anteil asymptomatischer Fälle berücksichtigt werden. Es wurde hier auf Basis der gestrigen Diskussion ein Vorschlag für Zu- bzw. Abschläge entwickelt.

Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) hinterfragt den Anteil asymptomatischer Personen im Zuge von Massentests. Schmid führt aus, dass vom vorherigen Durchschnitt von 17-20 % die Massentestungen zu Werten von 30-35 % Asymptomatischer geführt haben. Bachner berichtet von Werten über 40 % in Wien.

Himpele weist darauf hin, dass durch die gezeigte Änderung zwei bisherige Faktoren der Risikoadjustierung zu einem vereint werden. Aus seiner Sicht sind die Testzahlen in Bezug auf Reisebeschränkungen jedenfalls notwendig. Er gibt zu bedenken, dass der Anteil asymptomatischer Fälle relativ stark schwankt. Auf Nachfrage von Schmid führt er aus, dass das Vorhandensein asymptomatischer Fälle ggf. nicht gleich verteilt und daher Schwankungen unterworfen ist.

Die Vertreterin aus Salzburg hinterfragt, ob in den Anteil asymptomatischer Fälle auch Kontaktpersonen einfließen. Dies wird von Schmid bestätigt.

Der Vertreter aus Tirol berichtet von Problemen, die zunehmend im Einsatz befindlichen kommerziellen Tests vollständig zu erfassen. Benka (BMSGPK) führt dazu aus, dass in den kommenden Wochen zunehmend Selbst- bzw. Heimtests zum Einsatz kommen werden, was eine zusätzliche Herausforderung darstellt.

Schmid weist darauf hin, dass das eigentliche Thema der Diskussion eine bestmögliche Adjustierung ist. Ziel war es, die aktuell nicht vergleichbaren Testzahlen aus der Adjustierung zu nehmen und anhand eines besser geeigneten Faktors (dem Anteil symptomatischer/asymptomatischer Fälle) zu berücksichtigen.

Rabady führt aus, dass es einen Unterschied darstellt, ob bei zunehmenden Selbsttests eine Untererfassung positiver oder negativer Tests droht. Bei Ersterem wären die Prognosen zunehmend unsicher.

Himpele führt aus, dass davon auszugehen ist, dass positive Testungen im System erfasst werden.

In Bezug auf die Thematik der Schwellenwerte für 7-Tages-Inzidenzen schlägt der Vertreter aus Wien vor, dass dieser Punkt in Bezug auf etwaige Auswirkungen auf politischer Ebene abgestimmt werden soll. Herzog gibt zu bedenken, dass die Einstufungen der Kommission in der Praxis keine Auswirkungen

auf die Maßnahmensetzungen hatten, er teilt aber die Einschätzung, dass Schwellenwerte politisch abgestimmt werden sollen.

Die bewährten Schwellenwerte für das Systemrisiko sollen beibehalten werden. In das Systemrisiko könnten die rohe 7-Tages-Inzidenz der über 65jährigen, der IST-Wert der Auslastung, die Prognose sowie die Hochrechnung nach Alter einbezogen werden. Es gibt mehrere Varianten der Darstellung bzw. Gewichtung. In der Sub-Arbeitsgruppe wurde die Variante, den IST-Wert und die Prognose zu einem Indikator zu summieren, präferiert.

Der Vertreter aus Wien hebt hervor, dass gemäß der gezeigten Daten die ICU-Wahrscheinlichkeit in Wien rund vier Mal höher ist, als in Kärnten. Dies wird von Bachner bestätigt. Etwaige Gründe, wie Co-Morbiditäten können gemäß Ausführungen von Ostermann, auf Basis der vorliegenden Daten nicht analysiert werden.

Siebenhofer-Kroitzsch fragt nach, inwiefern die unterschiedliche Ausstattung der Bundesländer Berücksichtigung findet. Hier verweist Bachner auf die entsprechenden Planungsrichtwerte sowie bilaterale Vereinbarungen der Bundesländer. Er führt aus, dass es im eigenen Ermessen liegt, wie sich Bundesländer mit Kapazitäten ausstatten. Bei geringerer Bettendichte steigt das Systemrisiko entsprechend schneller an.

Herzog schlägt vor, nächste Woche nochmals die Sub-Arbeitsgruppe zu formieren und dort anhand konkreter Berechnungen final über die Risikoadjustierung zu entscheiden. Er wird etwaige politische Abstimmungen vorab anregen, insbesondere in Bezug auf die Schwellenwerte. Alle jene, die an der Diskussion Interesse haben, werden ausdrücklich ersucht, am Termin teilzunehmen.

→ *siehe Anhang 3: Risikoadjustierung v5*

Bachner referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Die britische Virus-Mutante ist zwischenzeitlich in allen Bundesländern angekommen, es liegt aber nach wie vor keine österreichweite belastbare Evidenz zum Ausmaß der Verbreitung vor. Beobachtungen einzelner Bundesländer zeigen vergleichbare Entwicklungen wie auf internationaler Ebene. Die aktuelle Prävalenz der Mutante beeinflusst die Fallzahlen im Prognosezeitraum noch nicht maßgeblich. Die Fallzahl bleibt gemäß Prognose auf einem relativ konstanten Niveau von durchschnittlich 1.100 Fällen/Tag. In einigen Bundesländern hat die ICU-Auslastung die Marke von 10 % bereits unterschritten. Österreichweit soll die Auslastung per 10.2. auf rund 12 Prozent sinken. Massentests sollen ab nächster Woche in der Prognose berücksichtigt werden.

→ *siehe Anhang 4: TOP 4 Prognose*

Schmid setzt mit Ausführungen zum Auftreten der Virusmutation(en) fort. Gemeinsames Merkmal aller 3 neuen Mutanten ist die Mutation N501Y. Anhand des Burgenlandes skizziert sie, dass dort bei über 20% der Proben Mutanten identifiziert wurden. Cluster der neuen Mutanten wurden in Tirol (2 Cluster), Steiermark (3 Cluster) sowie Wien (1 großer Cluster) detektiert. In Tirol dominiert dabei die südafrikanische Variante, ansonsten die Britische.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet von übermittelten Proben aus seinem Bundesland, von denen noch keine finale Auswertung vorliegt. Er fragt nach den diesbezüglichen Kapazitäten der AGES. Allerberger (AGES) berichtet, dass Kapazitäten für rund 1.800 Proben/Tag vorhanden sind. Er verweist auf Medienberichte, wonach Vorarlberg die Sequenzierungen künftig durch ein Labor in Tirol durchführen lassen will. Allerberger berichtet darüber hinaus von großem administrativem Aufwand beim Bearbeiten der Proben aufgrund von fehlenden Daten. Es gibt aktuell zahlreiche Angebote zur Sequenzierung von Proben, wesentlich wäre die Übermittlung der entsprechenden Daten.

Strauss (BMSGPK) gibt einen kurzen Überblick zu international verfügbaren Informationen hinsichtlich der Prävalenz neuer SARS-CoV-2-Varianten. Die Informationslage ist nach wie vor eher schlecht. Die britische Variante scheint demzufolge am weitesten verbreitet. Prävalenzangaben liegen nur von wenigen Staaten vor und sind zum Teil weiter zurückliegend. In Israel wird von einem Anteil von rund 30-40% der Fälle berichtet. Auch seitens der WHO liegen keine aktuelleren bzw. umfassenderen Daten vor. Benka (BMSGPK) ergänzt, dass ECDC von rund 2.000 Fällen der britischen Mutante außerhalb des UK berichtet. In Österreich gab es diesbezüglich rezent eine Anpassung des Kontaktpersonenmanagements.

→ *siehe Anhang 5: BMSGPK_Prävalenz neuer Varianten + WHO Meeting*

Ostermann setzt mit Ausführungen zu Simulationen zur Bedeutung der Virusvariante B.1.1.7 fort. Diesen liegen gewisse Annahmen auf Basis verfügbarer Informationen zugrunde. Die Modellierung beruht auf der Fortschreibung von Wachstumsraten. Es wurden drei verschiedene Modelle mit jeweils zwei Szenarien berechnet. Sobald validere Daten zur tatsächlichen Verteilung bzw. validere Schätzungen zur Transmissibilität der neuen Mutante vorliegen, können die Modelle aktualisiert werden.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet von Diskussionen in Deutschland, wonach eine Intensivierung des Lockdowns bis zu einer Reduktion des R_{eff} unter 0,8 positiven Einfluss auf die Fallentwicklung nehmen könnte. Ostermann bestätigt, dass dieses R_{eff} unter der Annahme einer geringen Prävalenz der Mutante dazu führt, dass sich die Ausbreitungsgeschwindigkeit massiv verringert. Der Vertreter aus Vorarlberg merkt an, dass eine weitere Verstärkung des Lockdowns bis zu einer Verringerung des R_{eff} unter 0,8 dazu beitragen könnte, die Situation länger im Griff zu behalten.

Der Vertreter aus Wien bedankt sich für die umfassende Darstellung. Er führt aus, dass zur Kenntnis genommen werden muss, dass bereits 2 Mutanten in Österreich angekommen sind. Deren Entwicklung ist nun zu beobachten. Es ist zu überlegen, wie die Einschleppung der brasilianischen Variante verhindert werden kann. Er interpretiert die gezeigten Darstellungen dahingehend, dass es strategisch lediglich um Verzögerung geht und jedenfalls eine Situation mit einer massiven Belastung des Gesundheitssystems eintreten wird. Einzige Maßnahme dagegen ist wohl die Impfung. Allerberger ergänzt, dass auch die derzeitigen Schutzmaßnahmen dazu beitragen, die Kurve abzuflachen.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt die konkreten weiteren Entwicklungen. Herzog führt aus, dass es keine Daten hinsichtlich der konkreten Entwicklungen gibt, es können nur Modelle auf Basis von Annahmen zugrunde gelegt werden. Ostermann merkt an, dass die internationalen Beispiele Grund zur Hoffnung geben. Am Beispiel Irland, UK und Dänemark zeigt sich, dass die Fallentwicklung unter strikten Maßnahmen auch wieder zurückgeht. Die aktuellen Modelle sind reine Wachstumsmodelle und keine epidemiologischen Ausbreitungsmodelle, d.h. Zusatzfaktoren wie Contact-Tracing, Schutzmaßnahmen etc. finden hier keinen Niederschlag.

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation. Die 7-Tages-Inzidenz für Österreich liegt nun bei knapp 109/100.000. Der Trend ist nach wie vor rückläufig, wobei die Inzidenz großen Schwankungen unterworfen ist. Die Situation ist zwischen den Bundesländern heterogen, wobei ein Anstieg der Inzidenz in Vorarlberg auf eine Nachmeldung von mittels Antigentest identifizierten Fällen zurückzuführen ist. Die Abklärungsquote konnte weiter massiv erhöht werden. In KW 1 zeigen sich noch die Auswirkungen der Kontakterhöhung über den Jahreswechsel. In KW 3 nimmt der Anteil der Fälle im Setting Arbeit zu. Die Änderungsrate liegt derzeit bei 0 Prozent. Auf Nachfrage des Vertreters aus Vorarlberg sagt Schmid zu, dass die Nachmeldung aus Vorarlberg nachträglich bereinigt werden soll.

→ siehe Anhang 6: maßnahmenbewertung_2021-01-28

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs.

Im Burgenland liegt die Inzidenz nach einem Rückgang von 10% nun unter 100/100.000. Auffallend ist aber die heterogene Entwicklung der Bezirke. In drei Bezirken konnten teils beträchtliche Anstiege der Inzidenz verzeichnet werden.

Der Vertreter aus dem Burgenland schließt sich den Ausführungen an.

In Kärnten ist das Niveau mit einer Inzidenz von 137/100.000 nach wie vor erhöht. Es wurde aber ein Rückgang von 18 % verzeichnet. Die Testzahl ist aktuell vergleichsweise gering.

Die Vertreterin aus Kärnten entschuldigt die Abwesenheit Kärntens in der letzten Sitzung. Es wurden im Bundesland mehrere Cluster im Bildungsbereich beobachtet. Die AGES wird um Unterstützung bei der Quellensuche angefragt, was bilateral geklärt werden soll.

Niederösterreich hat sich mit einem Rückgang von 16 % weiterhin positiv entwickelt und liegt in der rohen Inzidenz nun unter 100/100.000. Einzelne Bezirke zeigen aber eine zum Teil deutlich steigende Inzidenz.

Die Vertreterin aus Niederösterreich schließt sich den Ausführungen an. Für Gänserndorf und Krems Land berichtet sie von Clustern in Pflegeheimen. In Zwettl ist das Fallgeschehen auf einen Firmencluster zurückzuführen. Die Fallzunahme in Horn ist auf einen Cluster im Krankenhaus zurückzuführen.

Auch in Oberösterreich führt der Rückgang von 18 % zu einer Inzidenz von unter 100/100.000. Mit Ausnahme von Wels Stadt verzeichnen alle Bezirke mehr oder weniger stark ausgeprägte Rückgänge der Inzidenz.

Der Vertreter aus Oberösterreich spricht seinen Dank für die Unterstützung beim Contact-Tracing aus. Er berichtet von Detailanalysen in einzelnen Gemeinden. Die Situation in den Spitälern hat sich im Bundesland deutlich entspannt. Die Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sind bereits einmal geimpft, wobei die Durchimpfungsrate hoch ist. Im Bezirk Wels Stadt sind 2 Familiencluster mit der neuen Virusmutante aufgetreten.

Schmid ergänzt, dass die Abklärungsrate in Oberösterreich nun bei über 70 % liegt. Analysen zeigen, dass das Setting Arbeit deutlich an Bedeutung zunimmt. Die Übertragung in Alten- und Pflegeheimen geht anteilmäßig zurück.

Salzburg liegt mit einer Inzidenz von fast 190/100.000 nach wie vor deutlich über dem Bundesdurchschnitt, wobei der Rückgang mit 18 % deutlich war.

Die Vertreterin aus Salzburg führt aus, dass die Entwicklung durchaus positiv ist, wobei Tamsweg und Sankt Johann im Pongau nach wie vor Anlass für Sorge geben. Die behördliche Arbeit im Bezirk Tamsweg wurde optimiert, wobei auffällig ist, dass in diesem Pendlerbezirk die Fallzahlen in der Regel 3-4 Tage nach Wochenenden oder Feiertagen ansteigen. Vor-Ort-Kontrollen in Gesundheitseinrichtungen sollen verstärkt werden. Auf Nachfrage von Schmid führt die Vertreterin aus Salzburg aus, dass das Testangebot in auffälligen Gemeinden verstärkt wurde. Schmid schlägt vor, diese Testungen ggf. noch stärker in der Bevölkerung zu bewerben.

In der Steiermark zeigt der Trend mit einem Rückgang von 12 Prozent ebenfalls nach unten. Die Inzidenz beträgt nun 110/100.000. Auf Bezirksebene zeigt sich nur in der Südoststeiermark ein Anstieg der Inzidenz.

Die Vertreterin aus der Steiermark berichtet, dass die Zahl der Neuinfektionen in den letzten Tagen stagniert. Nach wie vor gibt es Cluster in Alten- und Pflegeheimen, wobei die Zahl der betroffenen Heime rückläufig ist. Cluster gibt es darüber hinaus im Bildungsbereich. Gemäß eigener Berechnungen beträgt die Aufklärungsquote 47,3 %. Die identifizierten technischen Probleme wurden weitgehend behoben.

Die Inzidenz in Tirol liegt bei einem Rückgang von 6 % bei rund 106/100.000. In zwei Bezirken konnte eine deutliche Zunahme der Fälle verzeichnet werden.

Der Vertreter aus Tirol berichtet von durchgeführten Massentestungen in Gemeinden, in denen Virusmutanten aufgetreten sind. Hier wurden wenige positive Fälle identifiziert, dennoch ist der Trend in diesen Bezirken ansteigend. Schmid ergänzt, dass die bereits genannten Cluster und die proaktive Fallfindung zu einem Ansteigen der Inzidenz beitragen.

In Vorarlberg hat die Inzidenz aufgrund der bereits thematisierten Nachmeldungen zugenommen und liegt nun bei 167/100.000.

Der Vertreter aus Vorarlberg betont, dass die Zahlen absolut inkongruent sind und aufgrund der Nachmeldungen verzerrt wurden. Es wird diesbezüglich um bilaterale Klärung ersucht, was von Schmid zugesagt wird.

Der Rückgang der Inzidenz hat sich auch in Wien fortgesetzt, die Inzidenz liegt sowohl roh als auch risikoadjustiert unter 100/100.000.

Die Vertreterin aus Wien berichtet von einem Pflegeheim in Wien, wo es innerhalb weniger Tage zu einer sehr raschen Zunahme der Fallzahlen kam. In Vortests wurde hier eine Mutation nachgewiesen, das Sequenzierungsergebnis liegt noch nicht vor.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Stimmhaltung: Wien, Siebenhofer-Kroitzsch

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Die nach wie vor unklare Situation in Hinblick auf Virusmutanten wird textlich entsprechend ausgeführt. Wie in der Vorwoche werden in der Meldung jene Bezirke und Regionen, die in der rohen Inzidenz unter 100/100.000 liegen sowie jene, die gemäß aktuellem Manual mit orange einzustufen wären, angeführt.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschöber noch heute an die APA und anschließend an die Bezirkshauptleute übermittelt.

→ siehe Anhang 7: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_27012021_APA

Herzog verweist auf die Schlussfolgerungen des Kurzberichtes zur Maßnahmenbewertung. Dieser ist im Aufbau ident zu jenen der Vorwochen. Die Schlussfolgerungen wurden um die heutigen Ausführungen zu neuen Virusmutanten ergänzt. Es soll in Bezug auf angeführte Inzidenzen und Trends darauf verwiesen werden, dass die Daten aus Vorarlberg aufgrund der thematisierten Nachmeldungen verzerrt sind. Der Kurzbericht soll wie beim letzten Mal wieder auf der Website der Corona-Ampel publiziert werden.

→ siehe Anhang 8: Kurzbericht Maßnahmenbewertung 2021-01-28

4. Berichte

Ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Impfstoff (Land Wien)

Aufgrund der fortgeschrittenen Zeit ersucht Herzog darum, dass seitens des Landes Wien eingebrachte Thema in ein dafür zuständiges Gremium zu verlagern. Der Vertreter aus Wien kündigt an, eine diesbezügliche Unterlage zu übermitteln. Diese liegt zum Zeitpunkt des Protokollversandes noch nicht vor und wird nach Übermittlung nachgereicht.

Effektivität von Präventionsmaßnahmen für SARS-CoV2 für eine nachhaltige Öffnung der Schule (BMBWF)

Richter (AGES) stellt Arbeiten zur Effektivität von Präventionsmaßnahmen für SARS-CoV2 für eine nachhaltige Öffnung der Schule vor. Diese beruhen auf einem entwickelten agentenbasierten Modell, in das verschiedene Parameter bzw. Annahmen eingegangen sind, die auf verfügbarer Evidenz bzw. auf Cluster-Daten der AGES beruhen. Es wurden Daten zu Schulclustern der KW 36-45 inkludiert.

Modelliert wurden die Auswirkungen verschiedener Maßnahmen bzw. Maßnahmenbündel auf Cluster im Bildungsbereich. Den stärksten Effekt erbringt die Kombination aller Maßnahmen, wobei die effektivste Maßnahme das Lüften darstellt. Generell konnte man beobachten, dass das Transmissionsrisiko altersabhängig ist und mit zunehmendem Alter ansteigt. Die Arbeiten sollen weitergeführt werden.

Die Studienautoren kommen zum Schluss, dass unterschiedliche Schultypen unterschiedlicher Maßnahmen bedürfen.

→ siehe Anhang 9: schulsimulation_2021-01-28

Der Vertreter des Bildungsministeriums bedankt sich für die Ausführungen und ersucht um Übermittlung des verschriftlichen Berichtes an die Kommissionsmitglieder. Dieser ist unter https://www.csh.ac.at/wpcontent/uploads/2021/01/Policy-Brief-Schulen_Final20210120.pdf abrufbar.

Der Vertreter aus Wien fasst zusammen, dass entsprechend der Ausführungen eine baldige bzw. sofortige Schulöffnung erfolgen kann und fragt nach diesbezüglichen Plänen. Der Vertreter des Bildungsministeriums betont, dass die gezeigten Arbeiten eine Grundlage für die Entscheidungen der nächsten Tage sein können und sollen. Aus Sicht seines Ressorts sollte auf Basis der Arbeiten die Öffnung der Klassen unter den skizzierten Auflagen (Halbierung der Klassen, zweimal wöchentliche Testung, etc.) erfolgen. In Frage gestellt wird, ob aufgrund der Betreuungsnotwendigkeit die genannte Ausdünnung in der Volksschule erreicht werden kann oder ob dort nicht eine gänzliche Öffnung zu empfehlen wäre.

Herzog erinnert daran, dass im Herbst die Kommission die Schließung von Schulen als ultima ratio betrachtet hat. Es wäre demzufolge nun zu empfehlen, die Schulen als eine der ersten Lockerungen (unter Auflagen) wieder zu öffnen. Inwieweit eine Halbierung der Klassen vor dem Hintergrund von Betreuungsangeboten tatsächlich umsetzbar ist, kann nur schwer abgeschätzt werden. Das Konzept der flächendeckenden Testungen sollte jedenfalls ausgerollt werden.

Siebenhofer-Kroitzsch fragt nach, wie viele SchülerInnen und LehrerInnen in die Modellierung einbezogen wurden. Heinz (MUW) fragt darüber hinaus nach, welche Parameter in die Modellierungen eingeflossen sind und auf welchen Daten die Auswirkungen von Lüften auf die Übertragung definiert wurden.

Richter führt aus, dass alle SchülerInnen und LehrerInnen gemäß Schulstatistik in die Simulation einbezogen wurden. In die Kalibrierung des Modells sind ca. 2.800 SchülerInnen und 680 LehrerInnen einbezogen worden. Zu verwendeten Grundlagen verweist er auf den verlinkten Bericht. Auf Nachfrage von Herzog führt Richter aus, dass eine etwaig erhöhte Transmissibilität neuer Mutationen nicht modelliert wurde und ggf. ergänzend analysiert werden könnte.

Die Kommission erachtet die Studie als gute Grundlage für die weiteren Schritte. Im Sinne der im Herbst bereits ausgesprochenen Empfehlung spricht sich die Kommission abermals dafür aus, die Öffnung von Schulen als einen ersten Öffnungsschritt zu empfehlen. Die gezeigte Arbeit stellt eine gute Grundlage für das Festlegen von ergänzenden Maßnahmen an Schulen dar. In Bezug auf die erhöhte Transmissibilität der neuen Virusmutationen sowie weitere Fragestellungen sollen die Analysen fortgeführt werden.

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Freizeitaktivitäten im Zuge kommender Lockerungen (Siebenhofer-Kroitzsch)

Siebenhofer-Kroitzsch führt aus, dass es aus Sicht der Bevölkerung zunehmend nicht nachzuvollziehen ist, weshalb spezifische Freizeitaktivitäten wie das Skifahren erlaubt, Andere aber verboten sind. Es sollten der gesamten Bevölkerung äquivalente Alternativen für die Freizeitgestaltung geboten werden. Sie argumentiert, dass ein gänzlich Verbot zu Ausweichaktivitäten führt. Ein Ausblick auf kommende Öffnungsschritte könnte die Compliance der Bevölkerung erhöhen bzw. zumindest aufrechterhalten. Des Weiteren regt sie eine positive Kommunikation in Bezug auf Aktivitäten an, die zumindest im Rahmen der kommenden Schutzmaßnahmenverordnung geregelt werden könnten.

Herzog führt aus, dass spezifische Regelungen rechtlich schwierig sind, da hier häufig mit dem Gleichheitsgrundsatz argumentiert wird. Eine entsprechende fachliche Begründung würde derartige Regelungen ggf. vereinfachen.

Der Vertreter aus Vorarlberg stimmt den Ausführungen zu und schlägt vor, dieselbe Argumentation ggf. noch auszuweiten. Es wären u.A. ein Museumsbesuch mit FFP2-Maske oder das Ausüben des Reitsports wohl genauso möglich. Anhand der Bewegungsmuster und dem Stimmungsbild der Bevölkerung sieht man, dass das Verständnis für gesetzte Maßnahmen und damit einhergehend die Compliance abnimmt.

Der Vertreter aus Wien schließt sich den Ausführungen des Vertreters aus Vorarlberg an.

Rabady gibt zu bedenken, dass die Kontrollierbarkeit mit zunehmenden Lockerungen abnimmt. Sie regt an, dass gut überdachte Lockerungen auch möglichst effektiv kontrolliert werden müssen.

Herzog hält fest, dass das von Siebenhofer-Kroitzsch im Vorfeld übermittelte Dokument an die politische Ebene weitergeleitet wird. Er wird in diesem Zuge anregen, die Aspekte der heutigen Diskussion mitzudenken. Anhand der Daten zeigt sich, dass der Soft-Lockdown im Dezember im Unterschied zum Hart-Lockdown keine derart umfassenden Auswirkungen hatte. Es ist demzufolge bei etwaigen Lockerungen durchaus mit Bedacht vorzugehen. Zudem ist abzuwägen, welche Auswirkungen Lockerungen auf das R_{eff} haben werden, da das System unter Umständen sehr sensibel auf Veränderungen reagiert.

Der Vertreter aus Oberösterreich bedankt sich für die Ausführungen und bestätigt, dass die aufgeworfenen Fragen in den nächsten Wochen hohe Relevanz haben werden. Er verweist auf die Ausführungen von Hausreither, wonach die Kommission wohl auch in den nächsten Wochen eher kurzfristig in Anhörungen einbezogen wird. Die Wichtigkeit einer gründlichen Meinungsbildung seitens der Kommission wird betont. Der Vertreter aus Oberösterreich führt aus, dass etwaige Regelungen so gestaltet werden sollten, dass auch die Kontrolle von deren Einhaltung gut administriert werden kann. Regeln sollten möglichst gut verstehbar und einhaltbar, aber auch gut kontrollierbar gestaltet werden. Dabei soll neben Einschränkungen auch der Aspekt des Machbaren hervorgehoben werden.

Herzog fasst zusammen, dass neben der Verständlichkeit auch die Kontrollierbarkeit und Umsetzbarkeit für die Verwaltung beachtet werden soll. Berücksichtigt werden sollte jedenfalls auch die Nachvollziehbarkeit aus Sicht der Bevölkerung. Die Kommission ist in diesem Zusammenhang gerne bereit, sich in die Planung weiterer Schritte aktiv einzubringen. Herzog ersucht in diesem Zusammenhang die LändervertreterInnen, ihre jeweilige politische Führung ebenfalls entsprechend zu informieren.

Siebenhofer-Kroitzsch regt an, im Zuge etwaiger Lockerungen durchaus kreativ mit dem bestehenden Rechtsrahmen umzugehen und Alternativen zu überlegen. Sie hebt dabei die Bedeutung eines „positive Imaging“ im Hinblick auf gebotene Möglichkeiten hervor.

5. Weitere Vorgehensweise

Die heute getroffene Empfehlung ist durch die APA-Meldung dokumentiert und wird in dieser Form an die Politik übermittelt.

Die Sub-Arbeitsgruppe wird abermals am kommenden Mittwoch, den 3.2.2021 von 16 - 18 Uhr tagen. Die Termineinladung sowie etwaige Unterlagen werden sowohl an die nominierten TeilnehmerInnen als auch an alle Mitglieder der Kommission ergehen.

- 24. Sitzung mit Empfehlung: 04.02.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

19. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 30.12.2020, 14:00-15:45

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 19. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 30122020_Anwesenheitsliste_19. Sitzung

Für die Stadt Wien vertritt heute Wricho urlaubsbedingt Karnthaler.

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmung 18 von 20 stimmberechtigten Mitgliedern anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 18. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 18. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Das Protokoll wurde vorab in der geänderten Fassung ausgeschickt. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 22122020_Corona Kommission_18. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Herzog wird unter TOP 4 zur geplanten Novellierung des Epidemiegesetzes berichten.

Der Vertreter aus Wien ersucht um Aufnahme des TOPs „Epidemiologische Situation aufgrund der Reisebewegungen“ auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung.

3. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation. Anhand der aktuellen Fallzahlen lässt sich nach einem deutlichen Rückgang der letzten Wochen nunmehr ein gewisses Plateau erkennen. Der Anteil asymptomatischer Fälle lag in den letzten Wochen zwischen 15 und 21 Prozent. Es gehen nunmehr auch symptomatische Fälle nach Antigentest in die Beobachtung ein. Der Anteil der Fälle mit geklärter Quelle beträgt für KW 51 bereits über 40 Prozent. In Hinblick auf die Cluster-Settings dominiert nach wie vor das Setting Haushalt. Der Anteil der Fälle im Setting Gesundheit-Soziales ist tendenziell rückläufig. Der Altersdurchschnitt geht in der KW 52 erstmals wieder zurück und liegt nun bei rund 46,5 Jahren. Bei der Inzidenz der unter 25jährigen sind die Fallzahlen in den Altersgruppen bis 14 Jahren nach wie vor am Geringsten. R_{eff} liegt am 28.12. bei 0,86.

→ siehe Anhang 3: Ampel_slides_2020-12-30.pdf

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Die Datengrundlagen sind mit einigen Unsicherheiten behaftet, die insbesondere auch auf das Underreporting über die Feiertage zurückzuführen sind. Zahlreiche weitere Einflussfaktoren erschweren zudem die Prognosen. Sollten sich die heute verzeichneten hohen Fallzahlen fortsetzen, muss ggf. bereits am Wochenende eine neue Prognose berechnet werden. Die vorliegende Prognose geht von einem relativ verhaltenen weiteren Rückgang der Fallzahlen auf einen durchschnittlichen täglichen Zuwachs von 1.600 Fällen aus. Der Anteil intensivpflichtiger COVID-PatientInnen an der ICU Gesamtkapazität wird sich gemäß Prognose bis 13.1. auf rund 13 % verringern.

→ *siehe Anhang 4: TOP 3 Prognose*

Der Vertreter aus Wien bestätigt die von Schmid und Bachner berichteten starken Nachmeldungen von Fällen aufgrund der rezenten Feiertage. Die Zahlen sind daher sorgfältig zu interpretieren, um das Ableiten falscher Schlussfolgerungen zu vermeiden.

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs. Aufgrund der weiterhin überwiegenden Homogenität der Einschätzungen wird ein Überblick zur Gesamtsituation und auf Bundeslandebene gegeben und nicht auf Bezirksebene vorgegangen.

Bachner führt aus, dass sich die Inzidenz österreichweit weiter verringert hat und nun bei knapp 155/100.000 liegt. Die Lage in den Bundesländern ist sehr heterogen. Die Abklärungsquoten sind teilweise noch immer sehr niedrig, daher sind die risikoadjustierten Werte nach wie vor mit Vorsicht zu betrachten.

Im Burgenland nähert sich die Inzidenz der Schwelle von 100/100.000, wobei es in den letzten 2 Tagen wieder zu einem leichten Anstieg kam. Die Region Eisenstadt und der Bezirk Güssing hatten einen Inzidenzanstieg zu verzeichnen.

Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet zu Eisenstadt, dass hier 3 Kindergartenpädagoginnen im Zuge der Massenscreenings als positiv identifiziert wurden. Es entstand daraus ein großer Cluster mit über 30 Fällen, wobei 18 Kinder unter 6 Jahren betroffen waren. Des Weiteren sind Cluster in Schulen bzw. Alten-/Pflegeheimen zu verzeichnen. Schmid verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass Kinder sehr wohl ansteckend sein können, aber dass sich Kinder unter 15 Jahren weniger häufig anstecken. Die Quelle für den genannten Kindergarten-Cluster konnte noch nicht identifiziert werden.

Allerberger bestätigt, dass Kinder gemäß vorliegender Evidenz vergleichsweise weniger ansteckend sind, als andere Altersgruppen.

In Kärnten ist die Situation im Bundesländervergleich nach wie vor eher angespannt. Der Inzidenzrückgang war mit 15 Prozent ebenfalls weniger deutlich, als in anderen Bundesländern.

Der Vertreter aus Kärnten berichtet für den Bezirk Hermagor, dass hier nach wie vor Cluster in Alten-/Pflegeheimen auftreten. Mit großer Skepsis wird die Situation rund um die örtlichen Berg-/Seilbahnen betrachtet. Die Zersiedelung und die Wohnsituation von Großfamilien wirkt sich hier eher ungünstig aus, da Familiencluster große Fallzahlen nach sich ziehen. Das Risikobewusstsein bzw. Compliance der Bevölkerung scheint eher gering ausgeprägt.

Niederösterreich hat sich weiterhin positiv entwickelt. Die Inzidenz im Bundesland liegt leicht unter dem Bundesdurchschnitt, die Entwicklung in den einzelnen Bezirken ist aber heterogen. Mehrere Bezirke liegen in der rohen Inzidenz unter 100/100.000. Für Hollabrunn hält diese Situation bereits seit 3 Wochen an. In wenigen Bezirken konnten aber wieder zum Teil sehr deutliche Zunahmen der

Fallzahlen verzeichnet werden. Aufgrund dieser Gesamtsituation im Bundesland wird für alle Bezirke die Einschätzung für sehr hohes Risiko vorgeschlagen.

Die Vertreterin aus Niederösterreich bestätigt die vorgeschlagene Einschätzung. Sie berichtet zu Waidhofen an der Ybbs von einem größeren Firmen-Cluster, auf den der Fallzahlenanstieg zurückgeführt werden kann. Auch der Inzidenzanstieg in Gänserndorf ist primär auf einen Arbeitscluster zurückzuführen. In Wiener Neustadt Land werden mehrere kleinere Haushalts-Cluster beobachtet.

Oberösterreich verzeichnet mit 21 Prozent den stärksten Fallzahlen-Rückgang. Auch hier ist die Situation in den Bezirken unterschiedlich, wobei alle Bezirke einen mehr oder weniger starken Rückgang verzeichnet haben. Insgesamt liegt die Situation nach wie vor im Bereich des sehr hohen Risikos.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von gewissen Diskrepanzen der eigenen Aufzeichnungen zu den Daten des Bundes. Dies betrifft nicht nur die Inzidenzen, sondern auch Daten zu Testungen und Aufklärungsquoten. Im Vergleich zu anderen Bundesländern fühlt man sich schlechter gestellt.

Schmid repliziert, dass die in der Sitzung gezeigten Analysen auf den Daten des EMS beruhen. Bachner führt aus, dass die Diskrepanz zwischen den SKKM-Meldungen und den EMS-Daten evident ist und darauf beruht, dass die SKKM-Meldung eine tägliche Fallzählung darstellt, während die EMS-Daten auf dem Labormeldedatum beruhen.

Der Vertreter aus Oberösterreich betont, dass bei einer Ableitung regionaler Maßnahmen die Datengrundlage jedenfalls geklärt und bereinigt werden müsse. Schmid schlägt vor, für das Jahr 2020 einen einmaligen Abgleich des EMS mit dem gesamten Falldatenstand aus Oberösterreich durchzuführen. So könnte die Datengrundlage entsprechend bereinigt werden. Dieses Angebot wird vom Vertreter aus Oberösterreich gerne angenommen.

Auf Nachfrage des BMDW führt Bachner aus, dass die Bevölkerungszahl ab Beginn des Jahres 2021 entsprechend aktualisiert wird, sobald die entsprechenden Daten der Statistik Austria vorliegen.

Salzburg hat eine im Bundesvergleich nach wie vor sehr hohe Inzidenz, die rezent sogar wieder gestiegen ist. Der Rückgang ist hier darüber hinaus geringer, als in anderen Bundesländern. Einzelne Bezirke verzeichneten dennoch deutliche Rückgänge bei den Fallzahlen. Die Situation ist insgesamt nach wie vor mit sehr hohem Risiko zu bewerten.

Die Vertreterin aus Salzburg bestätigt die Einstufung und berichtet aus Zell am See, dass hier zwei Gemeinden Ausbrüche in Seniorenheimen verzeichneten. Durch ausführliche Umfelduntersuchungen wurden hier zahlreiche asymptomatische Fälle identifiziert. Es ist auffallend, dass jene Gemeinden, die in der ersten Welle stark betroffen waren, nun geringere Inzidenzen aufweisen. Gemeinden, die während der ersten Welle eher geringe Inzidenzen hatten, verzeichnen nun mehr Fälle. In Hallein fällt entgegen dieses Trends abermals die Gemeinde Kuchl auf, wo auf Basis breitflächiger Antigen-Schnelltests viele Fälle identifiziert wurden.

In der Steiermark sind die Inzidenzen in den meisten Bezirken rückläufig, lediglich in Liezen gab es einen Inzidenzanstieg von rund 30 Prozent. Die Gesamtsituation ist nach wie vor mit sehr hohem Risiko zu bewerten.

Der Vertreter aus der Steiermark bestätigt die Einstufung. In Liezen wird die Zunahme der Infektionen auf vermehrte Testungen in Alten- und Pflegeheimen zurückgeführt. In den letzten 5 Tagen sind nunmehr nur mehr 75 Alten- und Pflegeheime (statt zuvor über 100) betroffen. Schmid berichtet, dass

die Steiermark aktuell die mit Abstand geringste Aufklärungsquote hat. Es gab hier zahlreiche Gespräche, um diese Situation zu verbessern. Schmid ersucht den Vertreter aus der Steiermark darum, diese Bemühungen wieder aufzugreifen und fortzusetzen. Der Vertreter aus der Steiermark sagt diesbezügliche Vermittlung zu.

Schmid berichtet weiters vom gemeldeten Verdacht einer Re-Infektion einer Mitarbeiterin in einem Alten- und Pflegeheim. Dies müsste mittels genauer Laboranalyse abgeklärt werden, wozu eine Probe der AGES übermittelt werden müsste. Auch hier sagt der Vertreter aus der Steiermark Rücksprache und Abklärung zu.

Die Situation in Tirol hat sich weiter verbessert, der Rückgang betrug rund 18 Prozent. Die Lage in Innsbruck Stadt und Lienz hat sich deutlich entspannt. Innsbruck Stadt ist der erste Ballungsraum, der sich derart positiv entwickelt hat. Die Situation in Landeck und Reutte, wo es zu leichten Anstiegen der Fallzahlen kam, ist sorgfältig zu beobachten. Gesamt ist das Bundesland mit sehr hohem Risiko zu bewerten.

Die Vertreterin aus Tirol kann keine konkreten Gründe für die sehr positive Entwicklung in Innsbruck benennen. Sie berichtet von laufenden Antigentests in Tirol. In Landeck sind Altenheime mit erhöhten Fallzahlen betroffen. Für Reutte verweist die Vertreterin aus Tirol auf die in absoluten Zahlen eher geringen Fallzahlen.

Auch die Vertreterin aus Tirol berichtet von Diskrepanzen zwischen dem EMS und dem bundeslandeigenen Datensystem. Auch hier bietet Schmid einen direkten Abgleich der beiden Datenquellen an, was von der Vertreterin aus Tirol gerne angenommen wird. Etwaige Diskrepanzen können ggf. drauf zurückgeführt werden, dass Fälle in beiden Systemen nicht nach derselben Systematik storniert wurden. Der in Aussicht gestellte Abgleich sollte zur Lösung beitragen.

In Vorarlberg kam es rezent zu einem deutlichen Anstieg der Inzidenz, die nun wieder bei annähernd 200/100.000 liegt. Die Einstufung mit sehr hohem Risiko ist beizubehalten.

Der Vertreter aus Vorarlberg schließt sich der Einstufung an. Das Niveau ist nach wie vor hoch, wobei es nach dem feiertagsbedingten Underreporting nun zu einem Anstieg der Fallzahlen kommt. In den Tagen vor dem Heiligen Abend wurde massiv getestet, in den Feiertagen danach dann vergleichsweise deutlich weniger.

Schmid berichtet, dass in Vorarlberg vermehrt symptomatische Fälle auf Basis positiver Antigentests gemeldet werden. Dies könnte die Meldeverzögerung über die Feiertage bestärkt haben. Es wird keine nennenswerte Diskrepanz zwischen der landeseigenen und der AGES-Datenbank berichtet.

Der Vertreter aus Oberösterreich verweist darauf, dass Testungen aus Teststraßen in Oberösterreich nicht eingemeldet wurden. Herzog führt aus, dass es in dieser Frage im Zuge der LSD-Konferenz zu einer Klärung kam. Ab kommenden Montag sollen die Daten bzw. Meldungen vereinheitlicht werden.

Die Situation in Wien ist mit einem Rückgang von 17 Prozent im Bundesdurchschnitt. Die Inzidenz liegt bei rund 115/100.000 und damit nach wie vor im Bereich des sehr hohen Risikos. Die Anzahl der durchgeführten Tests beträgt annähernd das 10-fache im Vergleich zu Kärnten und ist wohl auf den massiven Einsatz von Antigentests zurückzuführen.

Der Vertreter aus Wien verweist darauf, dass sich Wien in der risikoadjustierten Inzidenz bereits unter 100 befindet. In Bezug auf die Abklärungsquote betont er, dass aufgrund der vorgezogenen Sitzung und der rezenten Feiertage eine gewisse Verzögerung zu erwarten ist. Bei den Massentests lag die Positivrate bei 0,24. In den so genannten Schnupfenboxen, die von symptomatischen PatientInnen

frequentiert werden, wurden rund 17.000 Tests durchgeführt, die Positivquote lag hier bei 1,23 und ist leicht steigend.

Der Vertreter aus Wien merkt an, dass die SKKM-Datenmeldung aus Sicht von Wien eingestellt werden sollte, da diese Parallelität zu erhöhtem Aufwand und ebenso erhöhter Fehleranfälligkeit führt.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt, ob die durchgeführten Massentests Einfluss auf die Statistik bzw. die Prognosen haben werden und inwiefern negative Tests in die Statistik eingegangen sind. Negative Tests sind laut Bericht von Bachner nicht in die Statistik eingegangen. Positive Fälle, die mittels PCR bestätigt wurden, sind in die Statistik eingeflossen. Diese wurden in den Prognosen separat ausgewiesen, waren für das Infektionsgeschehen aber nicht maßgeblich. Der Vertreter aus Wien hinterfragt die geplanten weiteren Massentests und deren Implikationen auf die Freiheit der Bürgerinnen. Ostermann führt aus, dass dies keine Frage der Prognose darstellt.

Der Vertreter aus Wien führt aus, dass die risikoadjustierten Inzidenzen wie besprochen im Vorfeld nicht mehr ausgeschickt werden. Es kam in Hinblick auf diese Werte aber zu medialen Anfragen. Herzog verweist darauf, dass die risikoadjustierten Inzidenzen stets im Webtool der Kommission abrufbar sind. Generell verweist er auf die Diskussion, die Risikoadjustierung neu aufzusetzen, sodass sie wieder vergleichbar und nutzbar ist. Bachner präzisiert nach Widerspruch von Wien, dass die risikoadjustierten Inzidenzen der KW 52 im Webtool nachgereicht werden, für den Zeitraum davor aber bereits zur Verfügung stehen.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

„Aufgrund der entsprechenden Kontextinformationen sind alle Bezirke, alle Bundesländer und das gesamte Staatsgebiet mit sehr hohem Risiko einzustufen.“

Bezirke: alle

Bundesländer: alle

Staatsgebiet Österreich

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Herzog hebt hervor, dass Österreich nun die zehnte Woche in Folge mit sehr hohem Risiko eingestuft wurde.

Es wird die parallel vorbereitete APA-Meldung zum Sitzungsergebnis gezeigt. Gegen die Meldung bestehen keine Einwände seitens der Mitglieder. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschöber noch heute an die APA und anschließend an die Bezirkshauptleute übermittelt.

→ siehe Anhang 5: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_30122020_APA

Die Schlussfolgerungen des aktuellen, kurz vor der Sitzung verschickten Kurzberichts werden von Herzog referiert. Diese sollen die aktuelle Situation mit allen Unsicherheiten widerspiegeln. Wie

immer werden sie HBM Anschober für die nächste Befassung im Hauptausschuss des Nationalrates zur Verfügung gestellt, im Zuge derer die aktuellen Maßnahmen verlängert werden sollen.

→ siehe Anhang 6: Kurzbericht Maßnahmenbewertung 2020-12-29

4. Berichte

Novelle Epidemiegesetz

Herzog berichtet von einer in Vorbereitung befindlichen Novellierung des Epidemiegesetzes, die einem verkürzten Begutachtungsverfahren zugeführt werden soll. Die Begutachtungsfrist ist mit 3.1., 12 Uhr gesetzt, der parlamentarische Prozess soll im Laufe der nächsten Woche abgehandelt werden. Da es sich um ein reguläres Begutachtungsverfahren handelt, wird nicht nur die Kommission gehört. Sobald der Entwurf vorliegt, wird er an die Mitglieder der Kommission übermittelt.

Grundlagen für die weitere Planung und Vorgehensweisen der Corona-Kommission ab Januar 2021 (technischen Grundlagen, Community Transmission, Maßnahmen, Testungen): Rückmeldungen und Besprechung

Es sind bislang 9 Rückmeldungen zu den ausgeschickten Unterlagen zur weiteren Planung und Vorgehensweise eingelangt. Herzog ersucht um weitere Rückmeldungen bis längstens kommenden Montag, 12 Uhr. Es sollen möglichst alle Sichtweisen der Mitglieder der Corona-Kommission Berücksichtigung finden.

Der gemeinsame Meinungsaustausch wird demzufolge auf die nächste Sitzung verschoben.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, welche Personengruppen künftig von regelmäßigen, verpflichtenden Testungen und welche Bereiche von an die Testungen geknüpften Bedingungen betroffen sein werden. Benka führt aus, dass die diesbezüglichen Diskussionen noch nicht abgeschlossen sind und demzufolge noch keine finale Auskunft gegeben werden kann.

Die Vertreterin aus Tirol hinterfragt etwaige Lessons Learned aus der 2. Welle, insbesondere aus deren Beginn. Sie regt an, ggf. Personen künftig vor Beendigung der Quarantäne nochmals zu testen, um Ansteckungen zu vermeiden. Benka ersucht, künftig Themen zielgerichtet in die jeweils zuständigen Gremien einzubringen. Das genannte Thema wurde bereits in der LSD-Sitzung eingebracht und soll dort geklärt werden.

Herzog ersucht die Vertreterin aus Tirol ihre Vorschläge für Verbesserungen schriftlich zu übermitteln, um diese in die Diskussion nächste Woche einfließen lassen zu können.

Der Vertreter aus Wien berichtet von Medienberichten, wonach das Thema Impfungen in der Kommission behandelt werden soll. Reich erläutert, dass die Kommission mit dem Thema Impfungen per se nicht befasst ist. Auf eine Medienanfrage wurde aber erläutert, dass die Kommissionsarbeit von den Impfungen beeinflusst wird.

Schmid führt aus, dass die Impf-Surveillance künftig großen Stellenwert haben wird. Eine Verschneidung der Impfdaten mit dem EMS mittels Schnittstelle soll umgesetzt werden, wozu bereits Arbeiten laufen, die mit Mitteln des Digitalisierungsfonds des Bundes unterstützt werden.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien führt Herzog aus, dass er gerne anregen wird, die notwendige gesetzliche Grundlage für die Meldung der Impfungen ins EMS zu schaffen. Herzog führt in Hinblick auf eine Nachfrage des Vertreters aus Wien darüber hinaus aus, dass derzeit keine konkrete Anpassung der rechtlichen Grundlagen für die Arbeit der Corona-Kommission in Aussicht steht. Herzog betont des Weiteren, dass die Kommission keinesfalls Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte von Personen

vornimmt, da sie lediglich Empfehlungen abgibt. Rechtsgrundlagen für die Kommissionsarbeit sind das COVID-Maßnahmengesetz und das Bundesministeriengesetz. In Ersterem sind laut Ausführungen des Vertreters aus Wien konkrete Grundlagen für die Arbeit der Kommission angeführt, die ggf. adaptiert oder erweitert werden müssen. Herzog sagt zu, das in den weiteren Diskussionen und Festlegungen zu berücksichtigen.

In Hinblick auf das rechtskonforme Zustandekommen der 3. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung gibt es in der Sitzung keine neuen Informationen seitens des BKA.

5. Weitere Vorgehensweise

Die heute getroffene Empfehlung ist dokumentiert und wird in dieser Form an die Politik übermittelt. Auch der Kommission wird das Ergebnis zusammen mit dem Protokoll zugänglich gemacht.

→ *siehe Anhang 7: Empfehlung der Corona Kommission 19. Sitzung_301220*

Herzog bedankt sich für die bisherige gute und konstruktive Zusammenarbeit im Jahr 2020 und wünscht allen Mitgliedern einen guten Rutsch.

- 20. Sitzung mit Empfehlung: 07.01.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission

Utl.: Ergebnis der Corona-Kommissionssitzung vom 25. Februar

Die Corona-Kommission hat heute neuerlich die epidemiologische Entwicklung der vergangenen Tage bewertet und kommt zu dem Schluss, dass die Risikolage für ganz Österreich unverändert mit sehr hohem Risiko einzustufen ist.

Abweichend von der Einstufung auf Ebene des Bundes wurde das Risiko für das Bundesland Vorarlberg mit hohem Risiko bewertet.

Die Corona-Kommission hat sich darüber hinaus erneut zur aktuellen Entwicklung der Virusvarianten beraten. In der Mehrheit der Bundesländer ist anhand einer Analyse der Verdachtsfälle davon auszugehen, dass Infektionen mit der Mutation N501Y (voraussichtlich vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) das Infektionsgeschehen dominieren.

Zudem hat sich die Corona Kommission erneut zur Verbreitung der Virusvariante B1.351 beraten. Auf Basis der bisher vorliegenden Surveillance-Daten muss davon ausgegangen werden, dass nach wie vor Tirol am stärksten von dieser Variante betroffen ist. Gemäß aktuellem Wissensstand wird diese Virusvariante schlechter durch die derzeitigen Impfungen oder bisherigen Haupt-Typ assoziierten Antikörper neutralisiert, es konnten bereits Reinfektionen durch diese Variante nachgewiesen werden. Bislang konnten die von Tirol gesetzten Maßnahmen (wie Testen der K1- & K2-Personen mit PCR-Verfahren; Kontaktpersonenerhebung bis zu 96 Stunden zurück, intensiviertes Testangebot mit Bereitstellung von PCR-Tests an die gesamte Bevölkerung etc.) die Variantenverbreitung unter Kontrolle halten und möglicherweise auch dem Anstieg der R_{eff} entgegen wirken. Die Corona Kommission empfiehlt dem Land Tirol die gesetzten Maßnahmen in gleicher Effektivität fortzusetzen und empfiehlt insbesondere allen anderen Bundesländern für Gebiete mit hoher 7-Tages-Inzidenz diese ebenfalls zu implementieren.

Die CoronaKommission kommt auf Basis der Ausführungen zum Schluss, dass das Infektionsgeschehen ausgehend von einem hohen Niveau in der Mehrheit der Bundesländer deutliche Anstiege zeigt, die sich gemäß Prognosen fortsetzen werden. Die Corona Kommission empfiehlt daher die notwendigen präventiven Maßnahmen zur Kontaktreduktion sowie regelmäßige, flächendeckende Testungen zu forcieren und derzeit allenfalls geplante Lockerungsschritte zu überdenken. Bei anhaltenden Steigerungen des Infektionsgeschehens entsprechend der Simulationsrechnungen empfiehlt die Kommission, bereits gesetzte Lockerungsschritte zu überprüfen und ab einer bundesweiten 7-Tagesinzidenz von über 200/100.000 EinwohnerInnen diese auch gegebenenfalls zurückzunehmen. Die erneute Schließung von Bildungseinrichtungen sollte nur als Ultima Ratio in Betracht gezogen werden.

In 24 von 96 Bezirken/Regionen liegt die rohe 7-Tages-Inzidenz per 23.2. unter 100/100.000 Einwohnern und in weiteren 2 Bezirke/Regionen unter 50/100.000. Details sind ab Freitag den auf der Website corona-ampel.gv.at veröffentlichten Empfehlungen und Indikatoren zur Risikoeinstufung zu entnehmen.

Die Einschätzung der Corona Kommission erfolgte unter Berücksichtigung des Übertragungsrisikos, der Rückverfolgbarkeit der Übertragungsketten, der Testaktivität und

der Ressourcenauslastung der Spitäler. Die neuen detaillierten Kriterien, die in der heutigen Sitzung beschlossen wurden, sind in Kürze unter <https://corona-ampel.gv.at/corona-kommission/bewertungskriterien/> abrufbar.

Die finale Ampelschaltung wird im Anschluss an die Kommissionssitzung auf corona-ampel.gv.at und im Teletext auf Seite 659 veröffentlicht.

Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission

Utl.: Ergebnis der Corona-Kommissionssitzung vom 11. März 2021

Die Corona-Kommission hat heute neuerlich die epidemiologische Entwicklung der vergangenen Tage bewertet und kommt zu dem Schluss, dass die Risikolage für ganz Österreich unverändert mit sehr hohem Risiko einzustufen ist.

Abweichend von der Einstufung auf Ebene des Bundes wurde das Risiko für das Bundesland Vorarlberg abermals mit hohem Risiko bewertet.

Das Infektionsgeschehen zeigt ausgehend von einem hohen Niveau in der Mehrheit der Bundesländer deutliche Anstiege, die sich gemäß Prognosen fortsetzen werden. Im Laufe der letzten drei Kalenderwochen hat sich die Anzahl der behördlich angeordneten PCR- und Antigentests auf einem hohen Niveau von rund 250.000 Tests/Tag eingependelt. Der Anstieg der Fallzahlen ist somit – mit Ausnahme der Altersgruppe der unter 25-Jährigen – kaum auf die Veränderung der Teststrategie zurückzuführen (COVID Prognose Konsortium).

Mit Ausnahme Vorarlbergs und Tirols sind Infektionen mit der Mutation N501Y (vorwiegend der so genannten britischen Variante B.1.1.7 zuzuordnen) bereits dominant (deutlich größer als 60 %, österreichweit betrug der Anteil rund 75 Prozent). Zudem hat sich die Corona Kommission erneut zur Verbreitung der Virusvariante B1.351 (südafrikanische Variante) beraten. Am stärksten von dieser Variante betroffen waren nunmehr die Bundesländer Wien Tirol und Oberösterreich. Es wird weiterhin empfohlen, die in Tirol erfolgreich angewandten Maßnahmen (z.B. Testen der K1- & K2-Personen mit PCR-Verfahren; Kontaktpersonenerhebung bis zu 96 Stunden zurück, intensiviertes Testangebot mit Bereitstellung von PCR-Tests an die gesamte Bevölkerung etc.) auch in den weiteren betroffenen Bundesländern anzuwenden.

Die Belastung des Gesundheitssystems ist im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Die Corona-spezifische Belastung der Intensivstationen lag per 10.3.2021 bei 16,1% bezogen auf alle gemeldeten Intensivbetten Österreichs. Prognosen des COVID Prognose Konsortiums zeigen weitere Anstiege auf über 20% bis zum 24.3.2021. Anstiege in den Intensivstationen erfolgen erfahrungsgemäß zeitversetzt zum Auftreten steigender Inzidenzen. Die Corona Kommission empfiehlt, Entwicklungen weiterhin engmaschig zu beobachten und etwaige Lockerungsschritte daran zu knüpfen. Im Rahmen der Diskussion wird festgehalten, dass bei weiter ansteigenden Fallzahlen die Lockerung der Besuchsregelungen im Spitalsbereich zu überdenken ist.

Aspekte der psychosozialen Gesundheit sind bei allen Maßnahmen mit zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund unterstützt die Corona Kommission die Umsetzung von Lockerungen für Kinder- und Jugendliche.

Weiterhin liegt in 14 von 96 Bezirken/Regionen die rohe 7-Tages-Inzidenz per 9.3. unter 100/100.000 Einwohnern und in 3 Bezirken/Regionen unter 50/100.000. Details sind den auf der Website corona-ampel.gv.at veröffentlichten Empfehlungen und Indikatoren zur Risikoeinstufung zu entnehmen.

Die Einschätzung der Corona Kommission erfolgte unter Berücksichtigung des Übertragungsrisikos, der Rückverfolgbarkeit der Übertragungsketten, der Testaktivität und der Ressourcenauslastung der Spitäler.

Die finale Ampelschaltung wird im Anschluss an die Kommissionssitzung auf corona-ampel.gv.at und im Teletext auf Seite 659 veröffentlicht.

Aktueller Stand der Diskussion der Corona Kommission zu Testungen in großen Teilen der Bevölkerung (Stand 03.12.2020)

Präambel zum Dokument

Die Corona Kommission hat sich in den letzten beiden Sitzungen am 20.11.2020 und am 27.11.2020 intensiv mit der Thematik Durchführung von Testungen in großen Teilen der Bevölkerung beschäftigt.

Dieses vorliegende Dokument stellt noch keine abschließende Empfehlung dar, sondern spiegelt den aktuellen Diskussionsstand wieder und dient als Orientierung für erforderlichen Begleitmaßnahmen.

Die Ergebnisse der in den kommenden Wochen geplanten Testungen sind abzuwarten. Sowohl die Akzeptanz in der Bevölkerung und damit die Teilnehmerzahl als auch die Zahl der tatsächlich gefundenen asymptomatischen Infizierten sind zur Beurteilung und Abgabe einer endgültigen Empfehlung zur zukünftigen Ausgestaltung von diesen Testreihen unter Berücksichtigung des hohen Ressourceneinsatzes ausschlaggebend.

Auf Basis dieser Erkenntnisse wird eine weitere Festlegung zur strategischen Ausrichtungen getroffen und dieses Dokument aktualisiert.

Grundsätzliche Anmerkung – Verhältnis zu bestehenden Screeningprogrammen:

- SARS-CoV-2 Antigenschnelltestungen in großen Bereichen der Bevölkerung können grundsätzlich ein sinnvolles Mittel sein, um Infizierte zu erkennen. Durch breites Testen und rasche Absonderung der positiv getesteten Personen und deren Kontaktpersonen können die Infektionszahlen reduziert und so der Infektionsdruck gesenkt werden.
- Dieses Testverfahren gilt als hilfreich wenn es zielgerichtet und regelmäßig eingesetzt wird. Modellierungsstudien zeigen, dass breitflächige Testungen in großen Teilen der Bevölkerung zumindest wöchentlich (besser noch häufiger) durchgeführt werden müssen, damit sie einen nachhaltigen Einfluss auf das Infektionsgeschehen haben¹.
- Sicherzustellen ist, dass separate Testungen von symptomatischen Personen abseits der geplanten Testmaßnahmen für asymptomatische Personen in den bereits etablierten Systemen, wie Zuweisung über 1450 oder bei den niedergelassenen Ärzten nicht in Frage gestellt werden und prioritär abzusichern sind.
- **Es ist unerlässlich, dass die bereits etablierten Screeningprogramme, welche auf Basis des § 5a Epidemiegesetzes vom BMSGPK ausgerichtet werden insbesondere in Alten- und Pflegeheimen sowie in den Krankenanstalten jedenfalls weitergeführt werden.**
- Die Durchführung von breitflächigen Testungen in der asymptomatischen Bevölkerung hat im Rahmen der Screeningprogramme gemäß § 5a Epidemiegesetz zu erfolgen, um auch allen rechtlichen Anforderungen hinsichtlich der Verarbeitung und Verwendung von gesundheitsbezogenen Daten Rechnung zu tragen.

¹ D. B. Larremore et al., Sci. Adv. 10.1126/sciadv.abd5393 (2020).

Empfehlungen zur Ausrichtung der geplanten Testung:

- In Regionen mit einer hohen Inzidenz ist es zielführend dieses Programm der Bevölkerung möglichst wohnortnahe anzubieten mit dem Ziel, die Inzidenzen zu senken und so einen wesentlichen Beitrag zur Eindämmung der Pandemie zu leisten.
Daher wird der Start von Screeningprogrammen in jenen Regionen, die eine hohe Inzidenz aufweisen und auch bereits die organisatorischen (administrative und technische) Grundlagen etabliert haben, begrüßt.
- Unter Berücksichtigung der derzeitigen epidemiologischen Lage – siehe dazu Einstufung von ganz Österreich mit sehr hohem Risiko - wird die österreichweite Ausrollung dieser Testmöglichkeit für große Teile der Bevölkerung - ergänzend zu den bestehenden Programmen – als rechtfertigbar angesehen, wenn es eine definierte Screeningstrategie gibt, die Testungen regelmäßig durchgeführt werden und positiv Getestete unmittelbar einen PCR Test erhalten, um die Anzahl an falsch positiven Ergebnissen zu reduzieren.
- Um einen nachhaltigen Effekt sicherzustellen, bedarf es unabhängig vom Testergebnis der Personen einer wiederholten und relativ kurzfristigen Durchführung der Testungen. Dieser Umstand ist grundsätzlich bei zukünftigen Planung zu berücksichtigen. Einmalige Massentestungen werden als nicht sinnvoll angesehen.
- Es wird empfohlen auf Basis der erhaltenen Ergebnisse der nun geplanten Testungen zeitnahe in entsprechenden Gebieten (Hohe Inzidenz / Steigerungsraten bzw. Stagnation) zumindest wöchentliche Wiederholungen anzubieten.
- Die so gewonnenen Erfahrungen, sollten von Anfang an umfassend dokumentiert werden, um eine wissenschaftliche Evaluierung zu ermöglichen. Die Optimierung und Qualitätssicherung dieser Programme ist erforderlich, wenn geplant ist diese zukünftig wiederholt zum Einsatz zu bringen.

Nachttesten und hohe Test Spezifität als Voraussetzung um Unsicherheiten bei der Durchführung der Testungen zu vermeiden

- Es wird angemerkt, dass es bisher noch keine Empfehlung durch das ECDC² oder das CDC³ von populationsweiten Kohorten ohne Krankheitssymptome oder andere Hinweise auf höhere Infektionswahrscheinlichkeit gibt. Aufgrund der geringen Vortestwahrscheinlichkeit und gemäß der Arithmetik der Teststatistik, ist daher die Empfehlung positive Ergebnisse jedenfalls einer Nachttestung zu unterziehen, um der Anteil der falsch positiven Resultate zu verhindern und verringern,⁴.
- Es ist gerade bei der Anwendung der AG Tests als Screeningtool in großen Populationen von entscheidender Bedeutung, wie hoch die Spezifität ist. Daher ist

² <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Options-use-of-rapid-antigen-tests-for-COVID-19.pdf> Anmerkung: Beachte besonders Figure 1.

³ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antigen-tests-guidelines.html> sowie

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/testing-overview.html>

⁴ [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30453-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30453-7/fulltext)

bereits beim Beschaffungsprozess auf die ausreichende Validierung der Spezifität der Tests zu achten.⁵

- Es ist erforderlich, dass auf Basis des Schnelltests die notwendigen Konsequenzen umgesetzt werden (i.e. die behördliche Absonderung bzw. Isolation bei Positivität im Schnelltest). Abhängig von der Sensitivität der angewandten Tests kann das populationsweite Schnelltesten zwischen 3/4 und 4/5 der tatsächlich Infektiösen in einem Durchgang erkennen.

Anforderungen an die Programmgestaltung und Evaluation

- Wie jedes Screeningprogramm, braucht auch ein Screening mit Antigen Schnelltests eine prospektive, klar dokumentierte Strategie (Methodenpapier), in der die zu screenende Population, Screeningtests, Screeningintervalle und die diagnostische Abklärung der positiv Getesteten definiert wird. Weiters müssen Zielsetzungen und Evaluationsstrategien explizit genannt werden.
- Grundsätzlich ist die Orientierung eines Screeningprogrammes in seiner Konzeption und Durchführung an international akzeptierten Standards sinnvoll.
- Um die Wirksamkeit von Screeningprogrammen bewerten zu können, ist eine wissenschaftlich begleitete Evaluierung des Programmes jedenfalls vorzusehen. Neben den intendierten Nutzen, möglichst nachhaltige Reduktion der inzidenten Fälle unter Wahrung der Kosteneffizienz, sind auch die unerwünschten Effekte zu analysieren⁶
- Die begleitende Evaluation sollte genutzt werden, um die Qualität der Tests verschiedener Anbieter unter 'Feldbedingungen' zu erfassen und die gewonnenen Erkenntnisse über mögliche Unterschiede bei zukünftigen Programmen nutzen zu können.
- Nach Möglichkeit sollte es im Sinne der Transparenz bereits prospektiv ein Ethikkommissionsvotum (in jedem Bundesland) für die Erfassung der patientenbezogenen Daten inkl. Testergebnisse geben, damit die Auswertung auch publiziert werden kann.

Kommunikation und Information der Bevölkerung

- Begleitende Informationsmaßnahmen für die Bevölkerung, die sich an der *Guten Gesundheitsinformation Österreich* orientieren⁷, sind erforderlich. Nur durch eine klare und nachvollziehbare Kommunikation wird das Verständnis für diese Maßnahme sichergestellt.
- Die zentrale Akzeptanz einer hohen Rate an falsch Positiven setzt die klare Kenntnis und Analyse der daraus resultierend unerwünschten Konsequenzen voraus⁸. Auf diese Unsicherheiten ist auch bei der Kommunikation einzugehen.

⁵ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.11.12.20230292v1>

⁶ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2772299?resultClick=1>

⁷ 2 Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Hamburg 2017; <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/>. [Zugriff: 24.11.2020]

⁸ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2025631>

- Ebenso ist zu vermeiden, dass ein negatives Ergebnis nicht dahingehend interpretiert wird, dass die üblichen Schutzmaßnahmen ignoriert werden und durch die Testung somit ein falsches Gefühl an Sicherheit suggeriert wird.

Weiterer Entwicklungsbedarf und zukünftige Testprogramme

- Basierend auf den nun gesammelten Erkenntnissen sind weiterführende Konzepte zu erarbeiten, wie diese Testung zukünftig im Falle steigender Fallzahlen, der Bevölkerung in Gebieten mit stark steigender Inzidenz angeboten werden kann. Mit diesen eher kleinräumigen Maßnahmen wird das Ziel verfolgt, einen erneuten unkontrollierten Anstieg zu vermeiden und so auch allfällige regional begrenzte Quarantänemaßnahmen vermeiden zu können.
- Ergänzend zu den behördlich organisierten Testangeboten wird es als zielführend angesehen, die organisatorischen Voraussetzungen für einen niederschweligen Zugang der Bevölkerung zu den Antigentests im Wege von Gesundheitsdienstleistern sicherzustellen und gegebenenfalls zu evaluieren. Mit dieser Maßnahme wird jedem Einzelnen die Möglichkeit eingeräumt, eigenständig das Risikoverhalten anzupassen und z.B. im Zuge von privaten Aktivitäten (Besuch von Risikogruppen) Maßnahmen ergreifen zu können, um den eigenen Infektionsstatus evaluieren zu können.
- Der mögliche Einsatz von Tests zur Selbstanwendung ist zeitgleich zu evaluieren, um die Auswirkungen auf das derzeitige Testregime zu prüfen und die notwendigen behördlich relevanten Schlüsse daraus ziehen zu können. In Folge ist dieses Testsystem in geeigneter Weise in die bestehende Teststrategie zu integrieren.

Kontaktpersonen-Management

Quelle:

Qualitative Rückmeldungen der Bundesländer (MinBüro-Anfrage), Stand Februar 2021

STRAUSS/MAYRHOFER

BMSGPK VII_A_9

Personalkapazitäten

- **6 BL** geben aktuell **ausreichende Personalkapazitäten** an
- **3 BLs** zusätzliche Unterstützung durch Bundesheer
- 4 BL geben an, Personalkapazitäten **je nach Fallzahlen flexibel erhöhen zu können.**
 - Wien hat die MA-Zahl vorsorglich bereits im Jänner erhöht.
- Zwischen **39 und 79 VZÄ/100.000 der Bevölkerung**

Derzeit ausreichend Personalkapazitäten vorhanden

VZÄ = Vollzeitäquivalente

	VZÄ	VZÄ / 100 000 EW
Bgld	<ul style="list-style-type: none"> • Zentrales CT-Team: <ul style="list-style-type: none"> – Für Vollausbau rund 30 VZÄ/Tag – 20 Angehörige des Bundesheers im Assistenzeinsatz • Zusätzlich in Krisenstäben der BHs: <ul style="list-style-type: none"> – Tägl. zw. 35 und 97 MA 	
Ktn	384	68,3
Oö	590	39,4
Nö	933,25	55,2
Stmk	<ul style="list-style-type: none"> • Knapp über 1000 Personen für CT eingeschult • 90 Epidemieärztinnen/-ärzte • Graz: 53 VZÄ 	
Tirol	600	78,9
Vbg	120	30,1
Wien	720	37,5
Szbg	220,5	39,3

Unterstützung vom Bund erforderlich?

- Die meisten BLs haben derzeit **keinen Bedarf**
- Hinweis auf mögliche Ressourcen-Probleme falls das **Bundesheer** nicht mehr unterstützt

**Abzug der Contact tracer des Bundesheeres könnte zu
Personalressourcen-Problemen führen**

Digitalisierung

- Mehrheit der BLs verwendet **landeseigene IT-Systeme**, diese werden weiterentwickelt und mit neuen Funktionalitäten ausgestattet:
 - Erkennen von Clustern
 - Ausrollung ELEFANT
 - Automatische Übernahme der KP in Datenbank
 - Automatische Anmeldung zur Testung
- In den anderen BLs wird **AGES-Contact Tracing Tool** verwendet

Das Contact Tracing wurde erfolgreich digitalisiert

Kontaktpersonen Kategorie 1

Anzahl

- Pro Indexfall werden **1–4** Kontaktpersonen Kat 1 identifiziert

Testungen

- Die meisten BL bei Kontaktpersonen Kat 1 die **1. Testung** innerhalb eines Tages (nach Identifizierung) durchzuführen - Spannbreite **3-24h**
- Eine **2. Testung** (ab dem 5. Tag nach Exposition) wird ebenfalls von den meisten BL durchgeführt - Spannbreite **66% - 100%**

Bescheid-Ausstellung

- **Mündliche** Bescheid-Ausstellung sofort
- **Schriftliche** Bescheid-Ausstellung innerhalb **3–48h**
 - (1 BL 2-3 Wo, wenn mündl. Bescheid erstellt)

Compliance – Angabe von KP 1

- Die Angabe von Kontaktpersonen Kat 1 wird nur in Einzelfällen **dezidiert verweigert**
- **ABER 7 BLs berichten folgende Probleme:**
 - unvollständig
 - Falschangaben
 - ArbeitgeberInnen beeinflussen MitarbeiterInnen, keine KPs anzugeben

Auch wenn nur in Einzelfällen Angaben dezidiert verweigert werden, ist effizientes contact tracing durch mangelnde Compliance der Bevölkerung eingeschränkt.

DE: 5 Mitarbeiter/20.000
= 25/100.000

NDR Sommer/2020

Ziel: Fünf Mitarbeiter pro 20.000 Einwohner



Viele Gesundheitsämter wurden über Jahre vernachlässigt, sind jetzt aber enorm wichtig.

Die örtlichen Gesundheitsämter spielen eine entscheidende Rolle im Kampf gegen die Corona-Pandemie. Sie sollen insbesondere dafür sorgen, dass die Infektionsketten durchbrochen werden. Ende März einigten sich Bund und Länder deshalb darauf, die Ämter personell zu verstärken. Pro 20.000 Einwohner sollte künftig ein Team aus fünf Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bereitstehen, um Kontakte nachzuverfolgen.

Weniger als ein Drittel der Ämter erfüllt Vorgabe

Doch bis jetzt - sieben Wochen später - erfüllt offenbar die Mehrheit der Ämter diese Vorgabe noch nicht. NDR und WDR haben alle Kreise und Städte in Deutschland abgefragt. 178 der mehr als 380 Gesundheitsämter haben geantwortet. Von ihnen erfüllt aktuell weniger als ein Drittel die Zielvorgabe von Ende März.

Prävalenz neuer SARS-CoV-2-Varianten

Strauss / Mayrhofer

Quellen:

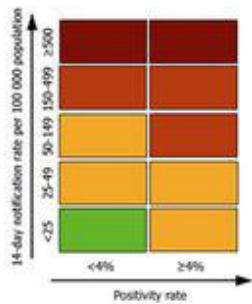
ECDC

BMEIA (Fact Sheets österr. Vertretungsbehörden, Stand 23.02.2021)

Combined indicator: 14-day notification rate, testing rate and test positivity, updated 25 February 2021



14-day notification rate and test positivity for EU/EEA weeks 06 - 07



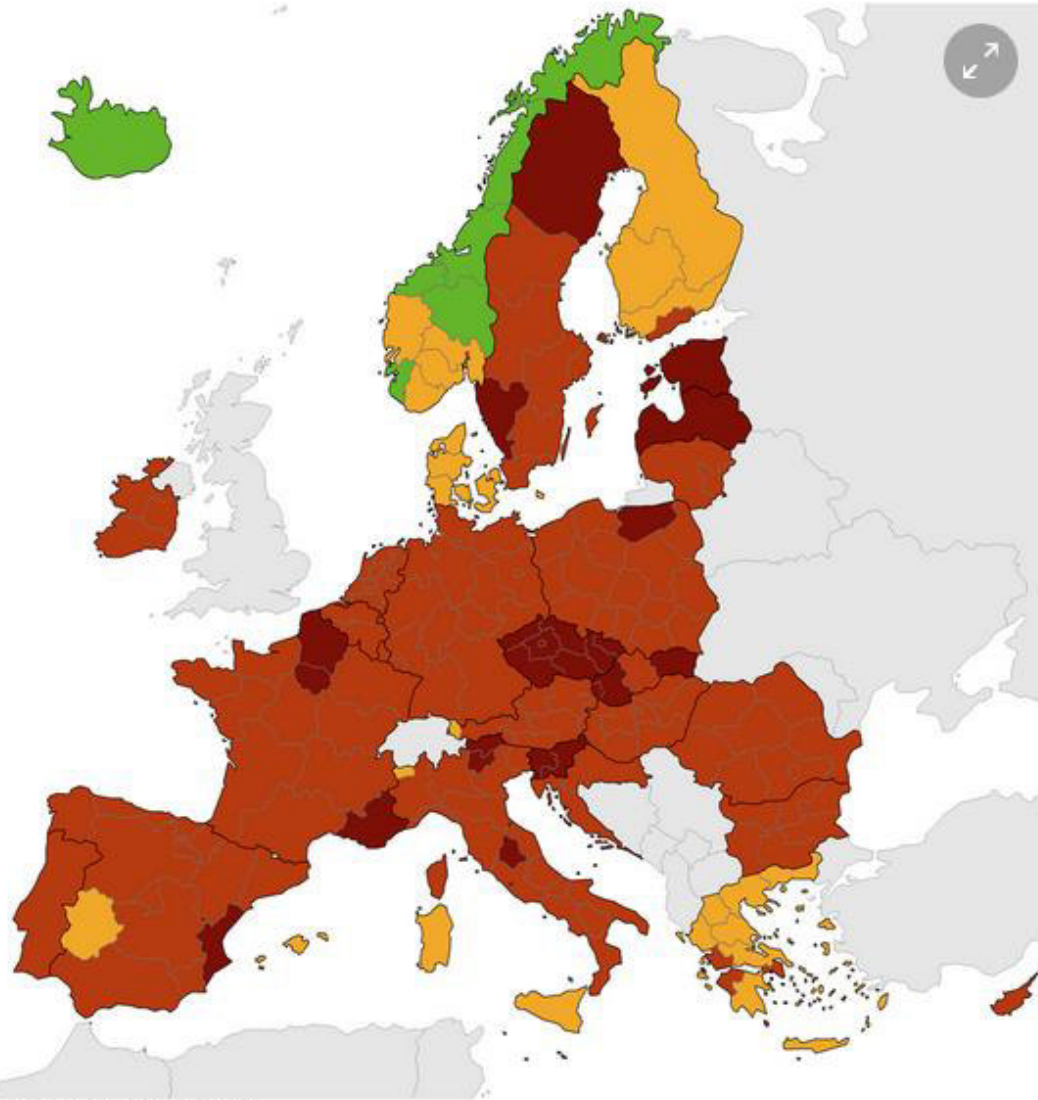
- Testing rate < 300 per 100 000 population
- No data available on number of tests performed
- Not included

Regions not visible in the main map extent

- Azores
- Canary Islands
- Guadeloupe and Saint Martin
- Guyane
- La Reunion
- Madeira
- Martinique
- Mayotte

Countries not visible in the main map extent

- Malta
- Liechtenstein



Administrative boundaries: © EuroGeographics © UN-FAO © Turstat © Kartverket © Instituto Nacional de Estadística - Statistics Portugal. The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the European Union. ECDC. Map produced on: 25 Feb 2021

ECDC Datenstand 25.02.2021

- AUT Platz 14** von 32 (14-Tagesinzidenz: 227,95)

Island: Platz 1

- Durchschnitt**
14d-Inzidenz EWR+CH+UK: 292

- <100:**
ISL: 4; LIE: 25; NO: 37
FI: 69

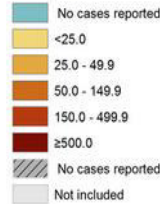
- >500:**
CZ: 1120; SK: 526; LVA: 509
EST: 703; SLO: 513

- Weitere Nachbarländer:**
GER: 123,11
CH: 174

14-day case notification rate per 100 000 inhabitants, updated 25 February 2021



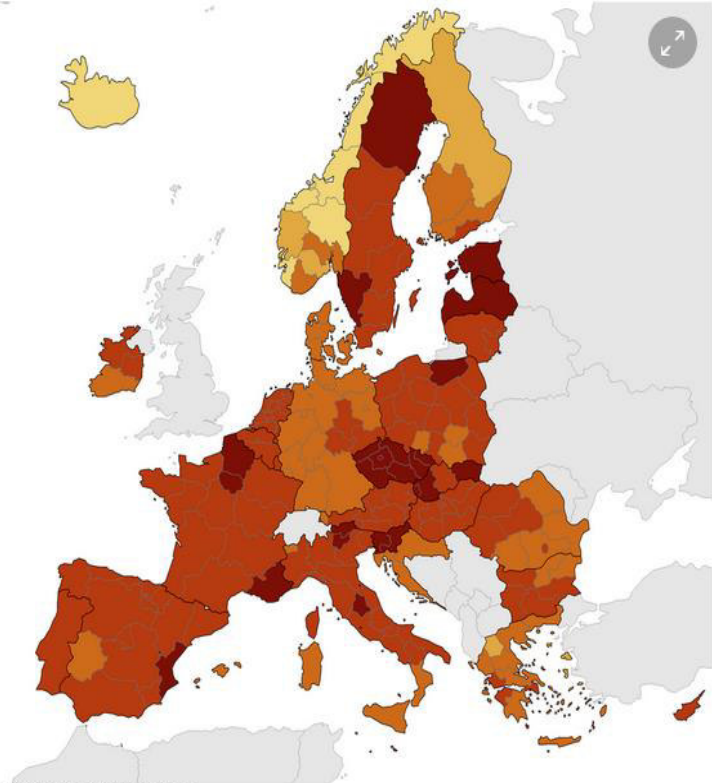
14-day COVID-19 case notification rate per 100 000 weeks 06 - 07



Regions not visible in the main map extent



Countries not visible in the main map extent



Administrative boundaries: © EuroGeographics © UN-FAO © Turstat © Karverket © Instituto Nacional de Estadística - Statistics Portugal. The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the European Union. ECDC. Map produced on: 25 Feb 2021.

Verbreitung Virusvarianten BR, UK, ZA in Europa

Stand: 23.02.2021

Verbreitung nach Variante:

UK-Variante: BE, CH, DE, FR, DK, IE, IL, SK, SI, FI, GR, IS, LU, LV, NE, NO, PT, ES, UK, MT, PL, RO, SE, HU, HR, CZ, BG, EE, IT, LT

ZA-Variante: BE, CH, DE, IE, IL, FI, NE, NO, SE, PT, UK, LU, GR, ES, IT, FR, DK, **PL**

BR-Variante: UK, DE, NE, IT, LU, FR, **FI**, **ES**

(Kalifornien-Variante: IL)

*gelb: neu hinzugekommen seit letzter Berichterstattung

Überblick	
Dänemark	UK: KW6 45% (KW3: 12,1%) aller positiven Tests
Frankreich	<ul style="list-style-type: none">• UK: 20-25% aller Fälle; ca. 5000 Infizierte pro Tag• RSA- bzw. BR: 40% aller Fälle im Dept. Morselle
Niederlande	UK: 66% aller positiven Fälle Anfang Februar
Portugal	UK: 9-10% aller Neuinfektionen
Belgien	UK- & RSA-Variante: 25% der Neuinfektionen
Tschechien	UK: 40% aller Neuinfektionen
Slowakei	UK: 72% aus landesweitem Testsample (n=2384)
Schweden	UK: 20% im Västra Götaland, 16% Gävleborg
Deutschland:	UK: 22% aller Fälle (KW4: 6%) RSA: 1,5%
Italien	UK: 50% der Neuinfektionen in Lombardei

Zusätzliche Maßnahmen bei Varianten

Info: Krisenstab (Philipp Brettscheider)

- Kärnten
- Tirol
- Salzburg
- Burgenland

Kärnten/Hermagor Verschärfte Maßnahmen

- Testung aller KP II
- KP I müssen sich nach fünf Tagen ein weiteres Mal testen lassen. Testung von bestätigten Fällen am 8. Tag, bevor die Isolation beendet wird. KP II werden am 5. Tag zur Testung eingeladen. Strenge Priorisierung.
- **Testpflicht** für Wintersportler in den Hermagorer Skigebieten. Die Testergebnisse dürfen nicht älter als 48 Stunden sein.
- Schwerpunktkontrollen in Ausschank- und Beherbergungsbetrieben.
- bis 25. Februar sollen **alle Personen der Generation 80 plus, welche sich für eine Impfung angemeldet haben, eine erste Teilimpfung erhalten.**
- Die ab 1. März in Apotheken erhältlichen Wohnzimmertests werden bereits seit 23.02. verteilt.
- Verstärkung Contact Tracing im Bezirk, die **Quarantäne-Bestimmungen sollen zudem lückenlos kontrolliert werden.**

Burgenland

verschärftes Vorgehen für alle bestätigten Fälle

Bestätigter Fall:

- Testung Nummer 1 zum positiven Ergebnis
- Testung Nummer 2 am Tag 7 (wenn CT Wert über 30 oder negativ dann Entlassung aus der Isolation)

K1:

- bei 10 Tages Absonderung am Tag 7 der Absonderung
- bei 14 Tages Absonderung eine Testung am Tag 7 und am Tag 12
- **Verstärkte Kontrollen der Quarantänemaßnahmen** und der COVID-19 Maßnahmen durch die Polizei (wurde mit der LPD abgestimmt).

Tirol (1)

verschärftes Vorgehen nur für bestätigte Fälle mit Variantenverdacht

K₁ & K₂ :

- PCR-Tests sofort, am Tag 5 sowie am Tag 9/10 nach Letztkontakt (Ende der Quarantäne).
- **Personen mit Ct –Wert unter 30 bleiben weiterhin in Isolation/Quarantäne**, weitere PCR können, sofern der Patient beschwerdefrei, jeden 2. Tag gemacht werden.
- Alle Kontakte und deren Kontakte in diesem Zeitraum werden zur PCR angemeldet.
- **K₁** im 48-Stunden Zeitraum werden erlasskonform abgesondert.
- **K₂ von Mutationsverdachtsfällen werden verstärkt verkehrsbeschränkt.**

CT

- Es wird für einen **Zeitraum von 96 Stunden** (bis 14 Tage retour, soweit der Person erinnerlich) nach Probeentnahme bzw. Symptombeginn intensiv nachverfolgt
- Die vermuteten verfolgbaren **Kontakte der letzten 14 Tage werden breit mit potentiellen Folgefällen zum Screening eingeladen** – alle Kontakte und deren Kontakte in diesem Zeitraum werden zur PCR angemeldet.
- Contact Tracing für Mutationsverdachtsfälle sollen direkt die Epi-Ärzte übernehmen, sofern verfügbar.
- Wenn kein Epi-Arzt verfügbar, sollte das ein geschulter Sachbearbeiter tun.
- Eine Zusammenfassung des Tracings-Akts bzw. Dokumentation der verlinkten Fälle sollte umgehend den anderen BH / Magistrat übermittelt werden, damit diese ihre Fälle nach weiteren Links überprüfen können.

- Alle engeren Kontakte von Mutationsverdachtsfällen sind Mutationsverdachtsfälle.
- Alle positiven Antigentests auch von symptomatischen **Personen müssen mit einer PCR bestätigt werden, damit ein Verdachtsfallscreening durchgeführt werden kann**
- **Alle positiven PCR-Proben in Tirol werden einem Verdachtsfall-Screening unterworfen**

Variante	Erkrankt Absonderung	Kontaktperson Kat. I – Absond.	Kontaktperson Kat. II Verkehrsbeschränkung
B1.351 ZA (Südafrikanische VOC)	<ul style="list-style-type: none"> – KP-Management sehr hohe Priorität – Immer Kontroll-PCR vor Entlassung aus der Absonderung – Verstärkte behördliche Kontrolle der Absonderung 	<u>Zweimalig PCR-Untersuchung:</u> Erste PCR nach Bekanntwerden des Indexfalls Zweite PCR frühestens ab Tag 5 der Absonderung	<u>Zweimalig PCR-Untersuchung:</u> 1. PCR nach Bekanntwerden des Indexfalls 2. PCR frühestens ab Tag 5 der Verkehrsbeschränkung Immer Verkehrsbeschränkung als Bescheid
B1.1.28 (=P.1/Brasilianische VOC)	<ul style="list-style-type: none"> – KP-Management sehr hohe Priorität – Immer Kontroll-PCR vor Entlassung aus der Absonderung – Verstärkte behördliche Kontrolle der Absonderung 	<u>Zweimalig PCR-Untersuchung:</u> Erste PCR nach Bekanntwerden des Indexfalls Zweite PCR frühestens ab Tag 5 der Absonderung	<u>Zweimalig PCR-Untersuchung:</u> 1. PCR nach Bekanntwerden des Indexfalls 2. PCR frühestens ab Tag 5 der Verkehrsbeschränkung Immer Verkehrsbeschränkung als Bescheid
B1.1.7 UK mit E484K-Mutation (Britische VOC)	<ul style="list-style-type: none"> – KP-Management sehr hohe Priorität – Immer Kontroll-PCR vor Entlassung aus der Absonderung – Verstärkte behördliche Kontrolle der Absonderung 	<u>Zweimalig PCR-Untersuchung:</u> Erste PCR nach Bekanntwerden des Indexfalls Zweite PCR frühestens ab Tag 5 der Absonderung	<u>Zweimalig PCR-Untersuchung:</u> 1. PCR nach Bekanntwerden des Indexfalls 2. PCR frühestens ab Tag 5 der Verkehrsbeschränkung Immer Verkehrsbeschränkung als Bescheid
Singulär E484K	<ul style="list-style-type: none"> – KP-Management sehr hohe Priorität – Immer Kontroll-PCR vor Entlassung aus der Absonderung – Verstärkte behördliche Kontrolle der Absonderung 	<u>Zweimalig PCR-Untersuchung:</u> Erste PCR nach Bekanntwerden des Indexfalls Zweite PCR frühestens ab Tag 5 der Absonderung	<u>Zweimalig PCR-Untersuchung:</u> 1. PCR nach Bekanntwerden des Indexfalls 2. PCR frühestens ab Tag 5 der Verkehrsbeschränkung Immer Verkehrsbeschränkung als Bescheid
B1.1.7 UK (Britische VOC)	<ul style="list-style-type: none"> – KP-Management hohe Priorität – Immer Kontroll-PCR vor Entlassung aus der Absonderung 	<u>Zweimalig PCR-Untersuchung:</u> Erste PCR nach Bekanntwerden des Indexfalls Zweite PCR frühestens ab Tag 5 der Absonderung	<u>Einmalig PCR-Untersuchung:</u> <ul style="list-style-type: none"> – PCR-Untersuchung ab Tag 5 nach Letztkontakt – Verkehrsbeschränkung gemäß Empfehlungen des BMSGPK
DK mink ClusterV (Dänemark VOC)	<ul style="list-style-type: none"> – KP-Management gemäß Empfehlungen BMSGPK – Kontroll-PCR vor Entlassung aus der Absonderung optional 	<u>Zweimalig PCR-Untersuchung:</u> Erste PCR nach Bekanntwerden des Indexfalls Zweite PCR frühestens ab Tag 5 der Absonderung	<u>Einmalig PCR-Untersuchung:</u> <ul style="list-style-type: none"> – PCR-Untersuchung ab Tag 5 nach Letztkontakt – Verkehrsbeschränkung gemäß Empfehlungen des BMSGPK
SARS-CoV-2 / Wild type (keine Mutation)	<ul style="list-style-type: none"> – KP-Management gemäß Empfehlungen BMSGPK – Kontroll-PCR vor Entlassung aus der Absonderung nur bei Gesundheitspersonal 	<u>Zweimalig PCR-Untersuchung:</u> Erste PCR nach Bekanntwerden des Indexfalls Zweite PCR frühestens ab Tag 5 der Absonderung	<u>Einmalig PCR-Untersuchung:</u> <ul style="list-style-type: none"> – PCR-Untersuchung ab Tag 5 nach Letztkontakt optional – Verkehrsbeschränkung gemäß Empfehlungen des BMSGPK

Sitzungsteilnahme Corona-Kommission, 04.03.2021

Kurie		Organisation	Name	Teilnahme
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Ulrich Herzog	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Dr. Dr. Meinhild Hausreither	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Dr. Sylvia Füszl	-
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Clemens Martin Auer	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Mag. Manfred Ditto	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	SL Dr. Katharina Reich	TN (ab 14:15 Uhr)
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Bernhard Benka	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Priv.-Doz. Dr. Maria Paulke-Korinek	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Priv.-Doz. Dr.med.Dr.phil. Reinhild Strauss MSc	TN
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMBWF	Mag. Martin Netzer , MBA	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMBWF	Mag. Martin Thenmayer	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMBWF	Mag. Markus Pasterk	TN
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMI	General Reinhard Schnakl , BA MA	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMI	Bernhard Treibenreif , BA MA	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMI	GenMjr Robert Strondl , MA	TN
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BKA	MR Dr. Dagmar Szalkay-Totschnig	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BKA	MR Mag. Michael Kugler , MAS	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BKA	Dr. Isabelle Hassler , BA	TN
nominierte ExpertInnen	Mitglied	MUW	Univ. Prof. Dr. Franz X. Heinz	entsch.
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung		Univ.-Prof. Dr. Herwig Kollaritsch	-
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	MUW	ao.Univ.-Prof. Dr. Stephan Aberle	TN
nominierte ExpertInnen	Mitglied	MUG	Univ.-Prof. Dr. med.univ. Siebenhofer-Kroitzsch	TN
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	DUK	Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner , MPH	TN
nominierte ExpertInnen	Mitglied	KLPU	Dr. Susanne Rabady	TN
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	Donauspital	OA Dr. Marton Szell	TN
nominierte ExpertInnen	Mitglied	AGES	Priv.-Doz. Dr. med Daniela Schmid , MSc	TN
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	AGES	Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger	TN
nominierte ExpertInnen	Mitglied	GÖG	Ao. Univ.-Prof Dr. Herwig Ostermann	TN
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	GÖG	Dr. Roman Winkler , MMSc	-
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	GÖG	Mag. Florian Bachner	TN
Länder	Mitglied	B	WHR Dr. Ernst Gschiel	TN
Länder	Stellvertretung	B	WHR Mag. Christina Philipp	-
Länder	Stellvertretung	B	Mag Ilse Weingärtner , LL.M	-
Länder	Mitglied	K	Dr. Ilse Oberleitner , MPH	TN
Länder	Stellvertretung	K	Dr. Heimo Wallenko , MAS	-
Länder	Stellvertretung	K	MMag. Günther Wurzer , MBA	-
Länder	Mitglied	NÖ	SanDir. WHR Dr. Irmgard Lechner	TN
Länder	Stellvertretung	NÖ	Dr. Robert Kellner	-
Länder	Mitglied	OÖ	Mag. Jakob Hochgerner	TN (bis 17 Uhr)
Länder	Stellvertretung	OÖ	Dr. Tilman Königswieser , MPH	TN (bis 17 Uhr)
Länder	Mitglied	S	Dr. Petra Juhasz	TN
Länder	Stellvertretung	S	Dr. Robert Sollak	-
Länder	Stellvertretung	S	Dr. Rainer Pusch	-

Länder	Mitglied	ST	Dr. Katrin Genger	-
Länder	Stellvertretung	ST	Mag. Gerald Gölles	TN
Länder	Stellvertretung	ST	Dr. Silvia Plesnik	TN
Länder	Mitglied	T	Elmar Rizzoli	TN (bis 17 Uhr)
Länder	Stellvertretung	T	Dr. Anita Luckner-Hornischer	-
Länder	Stellvertretung	T	Mag. Michael Fankhauser	TN (bis 17 Uhr)
Länder	Mitglied	V	Dr. Armin Fidler , MD, MPH, MSc	TN
Länder	Stellvertretung	V	Dr. Wolfgang Grabher	-
Länder	Mitglied	W	Mag. Wolfgang Müller , MBA	TN
Länder	Stellvertretung	W	Dr. Michael Binder	TN
Länder	Stellvertretung	W	Dr. Ursula Karntaler	TN
Kurie		Organisation	Name	Teilnahme
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMLRT	SC Mag. Ulrike Rauch-Keschmann	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMLRT	Mag. Anton Zimmermann	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMLRT	MMag. Bettina Seiser	TN
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMKOES	Mag. Felix Hauer	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMKOES	Mag. Dr. Alexander Klingenbrunner	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMKOES	Mag. Levent Gedik	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMEIA	Bot. Dr. Hannes Schreiber	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMEIA	Ges. Stefan Pehringer	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMEIA	Dr. Wolfgang Spadinger	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMK	Ing. Andreas Herndler , MBA MPA	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMK	Mag. Christa Wahrmann	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMA	Dipl.Ing. Ernst Piller	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMA	Dr. Alexandra Marx	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMA	Dr. Renate Novak	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMDW	Ing. Mag. Michael Stern	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMDW	Dr. Franz Resetar	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMDW	Mag. Alfred Biribauer	TN
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMJ	Dr. Andrea Martini , LL.M.	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMJ	Mag. Julia Ahrer	-
TN der Geschäftsstelle (GÖG)				
		GÖG	Mag.(FH) Sonja Neubauer	TN
		GÖG	Aida Tanios, BA, MA	TN
		GÖG	Linda Kerschbaumer, BA	TN
		GÖG	Sophie Stumpfl, Bsc	TN
		GÖG	Dr. Michael Hummer	TN
einmalige Teilnahme				
		Public Health Agency of Sweden	Dr. Anders Tegnell, MSc	TN
		BMSGPK	Mag. Daniel D'Orlando	TN
		BMSGPK	Stefanie Mayrhofer, BScN, BSc, MSc	TN

Sitzungsteilnahme Corona-Kommission, 11.03.2021

Kurie		Organisation	Name	Teilnahme
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Ulrich Herzog	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Dr. Dr. Meinhild Hausreither	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Dr. Sylvia Füszl	-
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Clemens Martin Auer	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Mag. Manfred Ditto	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	SL Dr. Katharina Reich	TN
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Bernhard Benka	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Priv.-Doz. Dr. Maria Paulke-Korinek	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Priv.-Doz. Dr.med.Dr.phil. Reinhild Strauss MSc	TN
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMBWF	Mag. Martin Netzer , MBA	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMBWF	Mag. Martin Thenmayer	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMBWF	Mag. Markus Pasterk	TN
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMI	General Reinhard Schnakl , BA MA	TN 1 Vertreter (namentlich nicht genannt)
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMI	Bernhard Treibenreif , BA MA	
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMI	GenMjr Robert Strondl , MA	
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BKA	MR Dr. Dagmar Szalkay-Totschnig	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BKA	MR Mag. Michael Kugler , MAS	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BKA	Dr. Isabelle Hassler , BA	-
nominierte ExpertInnen	Mitglied	MUW	Univ. Prof. Dr. Franz X. Heinz	TN (bis 16:40 Uhr)
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung		Univ.-Prof. Dr. Herwig Kollaritsch	-
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	MUW	ao.Univ.-Prof. Dr. Stephan Aberle	-
nominierte ExpertInnen	Mitglied	MUG	Univ.-Prof. Dr. med.univ. Siebenhofer-Kroitzsch	TN
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	DUK	Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner , MPH	-
nominierte ExpertInnen	Mitglied	KLPU	Dr. Susanne Rabady	-
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	Donauspital	OA Dr. Marton Szell	TN
nominierte ExpertInnen	Mitglied	AGES	Priv.-Doz. Dr. med Daniela Schmid , MSc	TN
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	AGES	Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger	-
nominierte ExpertInnen	Mitglied	GÖG	Ao. Univ.-Prof Dr. Herwig Ostermann	TN (ab 14:50 Uhr)
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	GÖG	Dr. Roman Winkler , MMSc	-
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	GÖG	Mag. Florian Bachner	TN
Länder	Mitglied	B	WHR Dr. Ernst Gschiel	TN
Länder	Stellvertretung	B	WHR Mag. Christina Philipp	-
Länder	Stellvertretung	B	Mag Ilse Weingärtner , LL.M	-
Länder	Mitglied	K	Dr. Ilse Oberleitner , MPH	TN
Länder	Stellvertretung	K	Dr. Heimo Wallenko , MAS	-
Länder	Stellvertretung	K	MMag. Günther Wurzer , MBA	-
Länder	Mitglied	NÖ	SanDir. WHR Dr. Irmgard Lechner	TN
Länder	Stellvertretung	NÖ	Dr. Robert Kellner	-
Länder	Mitglied	OÖ	Mag. Jakob Hochgerner	TN
Länder	Stellvertretung	OÖ	Dr. Tilman Königswieser , MPH	TN
Länder	Mitglied	S	Dr. Petra Juhasz	TN
Länder	Stellvertretung	S	Dr. Robert Sollak	-
Länder	Stellvertretung	S	Dr. Rainer Pusch	-

Länder	Mitglied	ST	Dr. Katrin Genger	-
Länder	Stellvertretung	ST	Mag. Gerald Gölles	-
Länder	Stellvertretung	ST	Dr. Silvia Plesnik	TN (ab 14:30 Uhr)
Länder	Mitglied	T	Elmar Rizzoli	TN
Länder	Stellvertretung	T	Dr. Anita Luckner-Hornischer	-
Länder	Stellvertretung	T	Mag. Michael Fankhauser	TN
Länder	Mitglied	V	Dr. Armin Fidler , MD, MPH, MSc	TN
Länder	Stellvertretung	V	Dr. Wolfgang Grabher	-
Länder	Mitglied	W	Mag. Wolfgang Müller , MBA	TN
Länder	Stellvertretung	W	Dr. Michael Binder	TN
Länder	Stellvertretung	W	Dr. Ursula Karnthaler	TN
Kurie		Organisation	Name	Teilnahme
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMLRT	SC Mag. Ulrike Rauch-Keschmann	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMLRT	Mag. Anton Zimmermann	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMLRT	MMag. Bettina Seiser	TN
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMKOES	Mag. Felix Hauer	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMKOES	Mag. Dr. Alexander Klingenbrunner	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMKOES	Mag. Levent Gedik	TN
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMEIA	Bot. Dr. Hannes Schreiber	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMEIA	Ges. Stefan Pehringer	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMEIA	Dr. Wolfgang Spadinger	TN
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMK	Ing. Andreas Herndler , MBA MPA	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMK	Mag. Christa Wahrmann	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMA	Dipl.Ing. Ernst Piller	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMA	Dr. Alexandra Marx	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMA	Dr. Renate Novak	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMDW	Ing. Mag. Michael Stern	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMDW	Dr. Franz Resetar	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMDW	Mag. Alfred Biribauer	TN
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMJ	Dr. Andrea Martini , LL.M.	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMJ	Mag. Julia Ahrer	-
TN der Geschäftsstelle (GÖG)				
		GÖG	Mag.(FH) Sonja Neubauer	TN
		GÖG	Aida Tanios, BA, MA	TN
		GÖG	Linda Kerschbaumer, BA	TN
		GÖG	Sophie Stumpf, Bsc	TN
		GÖG	Mag. Katharina Häckel-Schinking, MBA	TN
einmalige Teilnahme				
		BMSGPK	MMag. Wolfgang Heissenberger	TN
		BMSGPK	Mag. Daniel D'Orlando	TN
		BMSGPK	Stefanie Mayrhofer, BScN, BSc, MSc	TN

Sitzungsteilnahme Corona-Kommission, 18.03.2021

Kurie		Organisation	Name	Teilnahme
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Ulrich Herzog	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Dr. Dr. Meinhild Hausreither	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Dr. Sylvia Füszl	-
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Clemens Martin Auer	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Mag. Manfred Ditto	TN (ab 16.30 Uhr)
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	SL Dr. Katharina Reich	TN
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Bernhard Benka	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Priv.-Doz. Dr. Maria Paulke-Korinek	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Priv.-Doz. Dr.med.Dr.phil. Reinhild Strauss MSc	TN
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMBWF	Mag. Martin Netzer , MBA	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMBWF	Mag. Martin Thenmayer	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMBWF	Mag. Markus Pasterk	-
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMI	General Reinhard Schnakl , BA MA	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMI	Bernhard Treibenreif , BA MA	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMI	GenMjr Robert Strondl , MA	-
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BKA	MR Dr. Dagmar Szalkay-Totschnig	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BKA	MR Mag. Michael Kugler , MAS	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BKA	Dr. Isabelle Hassler , BA	TN
nominierte ExpertInnen	Mitglied	MUW	Univ. Prof. Dr. Franz X. Heinz	TN
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung		Univ.-Prof. Dr. Herwig Kollaritsch	-
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	MUW	ao.Univ.-Prof. Dr. Stephan Aberle	TN
nominierte ExpertInnen	Mitglied	MUG	Univ.-Prof. Dr. med.univ. Siebenhofer-Kroitzsch	TN (bis 16.40 Uhr)
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	DUK	Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner , MPH	TN (ab 16:40 Uhr)
nominierte ExpertInnen	Mitglied	KLPU	Dr. Susanne Rabady	TN (bis 15:30 Uhr)
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	Donauspital	OA Dr. Marton Szell	entsch.
nominierte ExpertInnen	Mitglied	AGES	Priv.-Doz. Dr. med Daniela Schmid , MSc	TN
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	AGES	Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger	TN
nominierte ExpertInnen	Mitglied	GÖG	Ao. Univ.-Prof Dr. Herwig Ostermann	TN
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	GÖG	Dr. Roman Winkler , MMSc	-
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	GÖG	Mag. Florian Bachner	TN
Länder	Mitglied	B	WHR Dr. Ernst Gschiel	TN
Länder	Stellvertretung	B	WHR Mag. Sonja Windisch	-
Länder	Stellvertretung	B	Mag. Nicole Bartl	entsch.
Länder	Mitglied	K	Dr. Ilse Oberleitner , MPH	TN
Länder	Stellvertretung	K	Dr. Heimo Wallenko , MAS	-
Länder	Stellvertretung	K	MMag. Günther Wurzer , MBA	-
Länder	Mitglied	NÖ	SanDir. WHR Dr. Irmgard Lechner	TN (bis 17:50 Uhr)
Länder	Stellvertretung	NÖ	Dr. Robert Kellner	TN (ab 17:50 Uhr)
Länder	Mitglied	OÖ	Mag. Jakob Hochgerner	TN
Länder	Stellvertretung	OÖ	Dr. Tilman Königswieser , MPH	TN
Länder	Mitglied	S	Dr. Petra Juhasz	TN
Länder	Stellvertretung	S	Dr. Robert Sollak	-
Länder	Stellvertretung	S	Dr. Rainer Pusch	-

Länder	Mitglied	ST	Dr. Katrin Genger	-
Länder	Stellvertretung	ST	Mag. Gerald Gölles	TN
Länder	Stellvertretung	ST	Dr. Silvia Plesnik	-
Länder	Mitglied	T	Elmar Rizzoli	TN
Länder	Stellvertretung	T	Dr. Anita Luckner-Hornischer	-
Länder	Stellvertretung	T	Mag. Michael Fankhauser	-
Länder	Mitglied	V	Dr. Armin Fidler , MD, MPH, MSc	TN (ab 14:30 Uhr)
Länder	Stellvertretung	V	Dr. Wolfgang Grabher	-
Länder	Mitglied	W	Mag. Wolfgang Müller , MBA	TN
Länder	Stellvertretung	W	Dr. Michael Binder	TN (bis 16:30 Uhr)
Länder	Stellvertretung	W	Dr. Ursula Karntaler	TN
Kurie		Organisation	Name	Teilnahme
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMLRT	SC Mag. Ulrike Rauch-Keschmann	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMLRT	Mag. Anton Zimmermann	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMLRT	MMag. Bettina Seiser	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMKOES	Mag. Felix Hauer	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMKOES	Mag. Dr. Alexander Klingenbrunner	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMKOES	Mag. Levent Gedik	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMEIA	Bot. Dr. Hannes Schreiber	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMEIA	Ges. Stefan Pehringer	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMEIA	Dr. Wolfgang Spadinger	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMK	Ing. Andreas Herndler , MBA MPA	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMK	Mag. Christa Wahrmann	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMA	Dipl.Ing. Ernst Piller	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMA	Dr. Alexandra Marx	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMA	Dr. Renate Novak	TN
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMDW	Ing. Mag. Michael Stern	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMDW	Dr. Franz Resetar	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMDW	Mag. Alfred Biribauer	TN
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMJ	Dr. Andrea Martini , LL.M.	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMJ	Mag. Julia Ahrer	-
TN der Geschäftsstelle (GÖG)				
		GÖG	Mag.(FH) Sonja Neubauer	TN
		GÖG	Linda Kerschbaumer, BA	TN
		GÖG	Aida Tanios, BA, MA	TN
einmalige Teilnahme				
		BMSGPK	Dr. Alexandra Ferdin, MSc	TN
		W	Dipl.-Vw Klemens Himpele	TN

Sitzungsteilnahme Corona-Kommission, 19.11.2020

Kurie		Organisation	Name	Teilnahme
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Ulrich Herzog	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretun	BMSGPK	Dr. Dr. Meinhild Hausreither	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretun	BMSGPK	Dr. Sylvia Füszl	-
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Clemens Martin Auer	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretun	BMSGPK	Mag. Manfred Ditto	-
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Bernhard Benka	TN (bis 16:15 Uhr)
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretun	BMSGPK	Priv.-Doz. Dr. Maria Paulke-Korinek	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretun	BMSGPK	Priv.-Doz. Dr.med.Dr.phil. Reinhild Strauss MSc	TN
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMBWF	Mag. Martin Netzer , MBA	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretun	BMBWF	Mag. Martin Thenmayer	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretun	BMBWF	Mag. Markus Pasterk	TN
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMI	General Reinhard Schnakl , BA MA	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretun	BMI	Berhard Treibenreif , BA MA	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretun	BMI	GenMjr Robert Strondl , MA	-
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BKA	MR Dr. Dagmar Szalkay-Totschnig	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretun	BKA	MR Mag. Michael Kugler , MAS	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretun	BKA	Mag. Dr. Helmut Schnitzer	TN
nominierte ExpertInnen	Mitglied	MUW	Univ. Prof. Dr. Franz X. Heinz	TN
nominierte ExpertInnen	Stellvertretun		Univ.-Prof. Dr. Herwig Kollaritsch	entschuldigt
nominierte ExpertInnen	Stellvertretun	MUW	ao.Univ.-Prof. Dr. Stephan Aberle	TN
nominierte ExpertInnen	Mitglied	MUG	Univ.-Prof. Dr. med.univ. Siebenhofer-Kroitzsch	TN
nominierte ExpertInnen	Stellvertretun	DUK	Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner , MPH	TN
nominierte ExpertInnen	Mitglied	KLPU	Dr. Susanne Rabady	TN (ab 15 Uhr)
nominierte ExpertInnen	Stellvertretun	Donauspital	OA Dr. Marton Szell	TN
nominierte ExpertInnen	Mitglied	AGES	Priv.-Doz. Dr. med Daniela Schmid , MSc	TN
nominierte ExpertInnen	Stellvertretun	AGES	Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger	TN
nominierte ExpertInnen	Mitglied	GÖG	Ao. Univ.-Prof Dr. Herwig Ostermann	TN (bis 15:30 Uhr)
nominierte ExpertInnen	Stellvertretun	GÖG	Dr. Roman Winkler , MMSc	-
nominierte ExpertInnen	Stellvertretun	GÖG	Mag. Florian Bachner	TN
Länder	Mitglied	B	WHR Dr. Ernst Gschiele	TN
Länder	Stellvertretun	B	WHR Mag. Christina Philipp	-
Länder	Stellvertretun	B	Mag Ilse Weingärtner , LL.M	-
Länder	Mitglied	K	Dr. Heimo Wallenko , MAS	TN
Länder	Stellvertretun	K	Dr. Ilse Oberleitner , MPH	-
Länder	Stellvertretun	K	MMag. Günther Wurzer , MBA	-
Länder	Mitglied	NÖ	SanDir. WHR Dr. Irmgard Lechner	TN
Länder	Stellvertretun	NÖ	Dr. Robert Kellner	-
Länder	Mitglied	OÖ	Mag. Jakob Hochgerner	-
Länder	Stellvertretun	OÖ	Dr. Tilman Königswieser , MPH	TN
Länder	Mitglied	S	Dr. Petra Juhasz	TN
Länder	Stellvertretun	S	Dr. Robert Sollak	TN
Länder	Stellvertretun	S	Dr. Rainer Pusch	-
Länder	Mitglied	ST	Dr. Katrin Genger	TN
Länder	Stellvertretun	ST	Mag. Gerald Gölles	-
Länder	Mitglied	T	Elmar Rizzoli	TN
Länder	Stellvertretun	T	Dr. Anita Luckner-Hornischer	-
Länder	Stellvertretun	T	Mag. Michael Fankhauser	TN
Länder	Mitglied	V	Dr. Armin Fidler , MD, MPH, MSc	TN
Länder	Stellvertretun	V	Dr. Wolfgang Grabher	-
Länder	Mitglied	W	Mag. Wolfgang Müller , MBA	TN
Länder	Stellvertretun	W	Dr. Michael Binder	TN
Länder	Stellvertretun	W	Dr. Ursula Karthalner	TN

Kurie		Organisation	Name	Teilnahme
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMLRT	SC Mag. Ulrike Rauch-Keschmann	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretun	BMLRT	Mag. Anton Zimmermann	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretun	BMLRT	MMag. Bettina Seiser	TN
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMKOES	Mag. Felix Hauer	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretun	BMKOES	Mag. Dr. Alexander Klingenbrunner	TN
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMEIA	Bot. Dr. Hannes Schreiber	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretun	BMEIA	Ges. Mag. Axel Wech	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretun	BMEIA	Dr. Wolfgang Spadinger	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMK	Ing. Andreas Herndler , MBA MPA	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretun	BMK	Mag. Christa Wahrmann	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMAFJ	Dipl.Ing. Ernst Piller	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretun	BMAFJ	Dr. Alexandra Marx	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretun	BMAFJ	Dr. Renate Novak	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMDW	Ing. Mag. Michael Stern	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretun	BMDW	Dr. Franz Resetar	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretun	BMDW	Mag. Alfred Biribauer	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMJ	Dr. Andrea Martini , LL.M.	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretun	BMJ	Mag. Julia Ahrer	-
TN der Geschäftsstelle (GÖG)				
		GÖG	Mag.(FH) Sonja Neubauer	TN
		GÖG	Lukas Rainer, MSc	-
		GÖG	Mag. Martin Zuba	-
		GÖG	Alexander Wallner	-
		GÖG	Barbara Prodinger, Bed	-
		GÖG	Vera Buhmann, BA	-
		GÖG	Sophie Stumpfl, Bsc	TN
		GÖG	Mag. Katharina Habimana	TN
einmalige Teilnahme				
		BMSGPK	Mag. Stefan Eichwalder	TN
		TU Wien, dwh	Dr. Niki Popper	TN
		TU Wien, dwh	DI Claire Rippinger	TN

Sitzungsteilnahme Corona-Kommission, 25.02.2021

Kurie		Organisation	Name	Teilnahme
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Ulrich Herzog	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Dr. Dr. Meinhild Hausreither	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Dr. Sylvia Füszl	-
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Clemens Martin Auer	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Mag. Manfred Ditto	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	SL Dr. Katharina Reich	TN (ab 14:50 Uhr)
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMSGPK	Dr. Bernhard Benka	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Priv.-Doz. Dr. Maria Paulke-Korinek	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMSGPK	Priv.-Doz. Dr.med.Dr.phil. Reinhild Strauss MSc	TN
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMBWF	Mag. Martin Netzer , MBA	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMBWF	Mag. Martin Thenmayer	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMBWF	Mag. Markus Pasterk	TN
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BMI	General Reinhard Schnakl , BA MA	TN 1 Vertreter (namentlich nicht genannt)
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMI	Bernhard Treibenreif , BA MA	
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BMI	GenMjr Robert Strondl , MA	
Bund / stimmberechtigt	Mitglied	BKA	MR Dr. Dagmar Szalkay-Totschnig	-
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BKA	MR Mag. Michael Kugler , MAS	TN
Bund / stimmberechtigt	Stellvertretung	BKA	Dr. Isabelle Hassler , BA	-
nominierte ExpertInnen	Mitglied	MUW	Univ. Prof. Dr. Franz X. Heinz	TN
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung		Univ.-Prof. Dr. Herwig Kollaritsch	-
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	MUW	ao.Univ.-Prof. Dr. Stephan Aberle	-
nominierte ExpertInnen	Mitglied	MUG	Univ.-Prof. Dr. med.univ. Siebenhofer-Kroitzsch	entsch.
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	DUK	Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner , MPH	-
nominierte ExpertInnen	Mitglied	KLPU	Dr. Susanne Rabady	-
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	Donauspital	OA Dr. Marton Szell	-
nominierte ExpertInnen	Mitglied	AGES	Priv.-Doz. Dr. med Daniela Schmid , MSc	TN
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	AGES	Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger	TN (ab 15 Uhr)
nominierte ExpertInnen	Mitglied	GÖG	Ao. Univ.-Prof Dr. Herwig Ostermann	TN (bis 16:50 Uhr)
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	GÖG	Dr. Roman Winkler , MMSc	-
nominierte ExpertInnen	Stellvertretung	GÖG	Mag. Florian Bachner	TN
Länder	Mitglied	B	WHR Dr. Ernst Gschiel	TN
Länder	Stellvertretung	B	WHR Mag. Christina Philipp	-
Länder	Stellvertretung	B	Mag Ilse Weingärtner , LL.M	-
Länder	Mitglied	K	Dr. Ilse Oberleitner , MPH	TN
Länder	Stellvertretung	K	Dr. Heimo Wallenko , MAS	-
Länder	Stellvertretung	K	MMag. Günther Wurzer , MBA	-
Länder	Mitglied	NÖ	SanDir. WHR Dr. Irmgard Lechner	TN
Länder	Stellvertretung	NÖ	Dr. Robert Kellner	-
Länder	Mitglied	OÖ	Mag. Jakob Hochgerner	TN
Länder	Stellvertretung	OÖ	Dr. Tilman Königswieser , MPH	TN
Länder	Mitglied	S	Dr. Petra Juhasz	TN
Länder	Stellvertretung	S	Dr. Robert Sollak	-
Länder	Stellvertretung	S	Dr. Rainer Pusch	-

Länder	Mitglied	ST	Dr. Katrin Genger	-
Länder	Stellvertretung	ST	Mag. Gerald Gölles	TN (bis 16:25 Uhr)
Länder	Stellvertretung	ST	Dr. Silvia Plesnik	TN (ab 16:25 Uhr)
Länder	Mitglied	T	Elmar Rizzoli	-
Länder	Stellvertretung	T	Dr. Anita Luckner-Hornischer	-
Länder	Stellvertretung	T	Mag. Michael Fankhauser	TN
Länder	Mitglied	V	Dr. Armin Fidler , MD, MPH, MSc	TN
Länder	Stellvertretung	V	Dr. Wolfgang Grabher	-
Länder	Mitglied	W	Mag. Wolfgang Müller , MBA	TN
Länder	Stellvertretung	W	Dr. Michael Binder	TN
Länder	Stellvertretung	W	Dr. Ursula Karnthaler	TN
Kurie		Organisation	Name	Teilnahme
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMLRT	SC Mag. Ulrike Rauch-Keschmann	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMLRT	Mag. Anton Zimmermann	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMLRT	MMag. Bettina Seiser	TN
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMKOES	Mag. Felix Hauer	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMKOES	Mag. Dr. Alexander Klingenbrunner	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMKOES	Mag. Levent Gedik	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMEIA	Bot. Dr. Hannes Schreiber	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMEIA	Ges. Stefan Pehringer	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMEIA	Dr. Wolfgang Spadinger	TN
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMK	Ing. Andreas Herndler , MBA MPA	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMK	Mag. Christa Wahrmann	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMA	Dipl.Ing. Ernst Piller	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMA	Dr. Alexandra Marx	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMA	Dr. Renate Novak	-
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMDW	Ing. Mag. Michael Stern	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMDW	Dr. Franz Resetar	-
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMDW	Mag. Alfred Biribauer	TN
Bund / nicht stimmb.	Mitglied	BMJ	Dr. Andrea Martini , LL.M.	TN
Bund / nicht stimmb.	Stellvertretung	BMJ	Mag. Julia Ahrer	-
TN der Geschäftsstelle (GÖG)				
		GÖG	Mag.(FH) Sonja Neubauer	TN
		GÖG	Sophie Stumpfl, Bsc	TN
		GÖG	Dr. Michael Hummer	TN
		GÖG	Aida Tanios, BA, MA	TN
einmalige Teilnahme				
		BMSGPK	Christopher Ozvald, BSc	TN
		BMSGPK	Mag. Daniel D'Orlando	TN
		BMSGPK	Stefanie Mayrhofer, BScN, BSc, MSc	TN

28. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 04.03.2021, 14:00-18:20

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 28. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ *siehe Anhang 1: 04032021_Anwesenheitsliste_28. Sitzung*

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen alle stimmberechtigten Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 27. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 27. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Seitens des BMA gibt es eine Ergänzung zu einer vom BMA und dem Land Wien auf Seite 8 des Protokolls korrigierten Passage, die eine Erläuterung zur Zuständigkeit der Arbeitsinspektion darstellt. Es wird vorgeschlagen, diese aufgrund des Umfangs als nachträgliche Anlage zum Protokoll der 27. Sitzung beizulegen, was seitens des BMA und des Landes Wien als akzeptable Lösung erachtet wird.

Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ *siehe Anhang 2: 25022021_Corona Kommission_27. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen*

→ *Siehe Anhang 3: Anhang 11_Ergänzende_Anmerkung_BMA_Protokoll_27. Sitzung_S. 8*

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Herzog führt aus, dass der vorab übermittelte Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich heute besprochen und abgenommen und anschließend veröffentlicht werden soll. Die Szenariendarstellung auf Seite 16 soll in der veröffentlichten Version allerdings entfernt werden.

D'Orlando (BMSGPK) berichtet zur heute zur Begutachtung ausgeschickten 3. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung. Wesentliche Neuerung ist die Anpassung der Gültigkeitsdauer von Antigentests auf nun einheitlich 48 Stunden und für PCR-Tests auf nun 72 Stunden. Darüber hinaus sind hier avisierte Änderungen bei Besuchsregelungen im Bereich Krankenanstalten und Pflegeheime umgesetzt.

Das Land Wien bedankt sich für die Verlängerung der Gültigkeitsdauer von PCR-Tests auf 72 Stunden.

Über eingegangene Rückmeldungen zur Novelle wird im Zuge der nächsten Sitzung informiert.

Der Begutachtungsentwurf zum Epidemiegesetz und COVID-19-Maßnahmengesetz wurde gestern ausgeschickt. Aufgrund des Umfangs kann nicht im Detail über die Inhalte berichtet werden.

Änderungen soll es insbesondere im Bereich Veranstaltungen, Strafbestimmungen, in Bezug auf das Betreten von Alten-/Pflegeheimen bzw. Ausgangsregelungen geben.

3. Situationsbericht Schweden inkl. Diskussion (Anders Tegnell)

Anders Tegnell von der Public Health Agency of Sweden berichtet zur aktuellen Situation in Schweden, zu den eigenen *lessons learnt* sowie zu Plänen für die nächste Zeit.

Österreich und Schweden sind in Hinblick auf die Ausgangssituation vergleichbar. Während Schweden zu Beginn der Pandemie sehr erfolgreich im Bereich Kontaktpersonenmanagement und Containment war, wurde im Zeitverlauf eine deutliche Übersterblichkeit verzeichnet. Insbesondere im Bereich der Alten- und Pflegeheime war die Mortalitätsrate hoch. Als positiv wird vermerkt, dass stets rd. 20% freie Kapazitäten in Intensivstationen verfügbar waren. Die Impfkampagne ist auch in Schweden angelaufen, die aktuelle Durchimpfungsrate beträgt 6,6%.

Es wird betont, dass in Schweden u.A. die Gastronomie stets geöffnet war und dass Maßnahmen zu einem höheren Grad in der Eigenverantwortung der Menschen auf freiwilliger Basis befolgt wurden. Dies war unter Anderem auch fehlenden rechtlichen Grundlagen geschuldet. Verpflichtende Maßnahmen betrafen primär Besuche in Pflegeheimen, Distance-Learning für Sekundarstufen von Schulen und Universitäten, Versammlungsbeschränkungen sowie Reisebeschränkungen. Darüber hinaus wurden (strenge) Empfehlungen zu vielen Bereichen des öffentlichen und sozialen Lebens ausgesprochen. Es wird hervorgehoben, dass Volksschulen durchgängig geöffnet waren, lediglich bei akuten Ausbrüchen wurden einzelne Schulen tageweise geschlossen. Ein rezent beschlossenes neues Pandemiegesetz ermöglicht fortan weiterführende verpflichtende Maßnahmen und Einschränkungen.

Die Compliance der schwedischen Bevölkerung war und ist vergleichsweise hoch, was u.A. durch Mobilitätsdaten belegt werden kann.

Schmid (AGES) nimmt Bezug auf Lockdown-Phasen für den Schulbereich in Österreich und das aktuelle Maßnahmenpaket in diesem Bereich. Sie fragt nach, ob es in Schweden vergleichbare Maßnahmen bzw. Erfahrungen gibt, was von Tegnell verneint wird. Im Zuge der zunehmenden Ausbreitung der britischen Variante kommt es aber auch hier zu einer Zunahme der Virusverbreitung im Bildungsbereich und man wird wohl striktere Maßnahmen setzen müssen. Bislang wurden lediglich die rezenten Ferien um jeweils eine Woche verlängert.

Der Vertreter aus Vorarlberg verweist auf die medial kolportierte Strategie der Herdenimmunität in Schweden. Tegnell berichtigt, dass es nie das erklärte Ziel war, Herdenimmunität zu erreichen. Man wird nun sehen, welchen Einfluss die Impfung auf die Verbreitung hat. Er betont, dass COVID nicht mit bekannten Infektionen wie der Influenza vergleichbar ist.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) verweist auf eine rezente Publikation im New England Journal zum Bereich Schulöffnungen und eine daraus resultierte Diskussion im Fachjournal Science, die Die betreffende Studie wird von Tegnell als qualitativ schlecht eingeschätzt wird. Es sind nur wenige Fälle eingeflossen, daher sind aus seiner Sicht hier keine zuverlässigen Interpretationen möglich.

Gartlehner berichtet von zu Beginn der Pandemie mangelnden Personalressourcen im Contact Tracing in Österreich und fragt nach den diesbezüglichen Kapazitäten in Schweden. Diese kann Tegnell ad hoc nicht beziffern, er nennt aber beispielhaft eine schwedische Region, wo die personellen Kapazitäten für das Contact-Tracing verzehnfacht wurden. Auf Nachfrage von Gartlehner ergänzt Tegnell, dass die verwendete Contact-Tracing App auch in Schweden rechtlich Schwierigkeiten aufwirft.

Rabady (KLPU) fragt nach, wie viele Spitalsaufnahmen und ICU-Aufnahmen es während der Pandemie gab und welches Durchschnittsalter die Betroffenen hatten. Tegnell sagt zu, diese Daten nachzuliefern.

Auf Nachfrage von Strauß führt Tegnell aus, dass auch in Schweden ein eigenes Team mit Modellierungen und Hochrechnungen beschäftigt ist. Er betont abschließend, dass die Reduktion von Sozialkontakten sowie insbesondere das Halten von Abstand zu den wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie gehören.

4. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Einfluss auf die Fallzahlen nimmt primär die immer weiter fortschreitende Ausbreitung der britischen Virusmutation, die mit Ausnahme von Vorarlberg in allen Bundesländern bereits die dominante Variante darstellt. Im Burgenland sind fast 90 % der Fälle dieser Variante zuzuschreiben. Die Fallzahlen steigen trotz nunmehr stabil hohem Testgeschehen sukzessiv an, daher kann der Anstieg nicht allein den Testungen zugeschrieben werden.

Die aktuelle Prognose geht von einem durchschnittlichen Fallaufkommen von 2.800 Fällen/Tag aus. Die 7-Tages-Inzidenz wird am Ende des Prognosezeitraumes mit 228/100.000 erwartet. Auch Vorarlberg wird gemäß Prognose die Schwelle von 100/100.000 Fällen wieder überschreiten. Das derzeitige Ost-West-Gefälle lässt sich primär auf den Verbreitungsgrad der Virusvarianten zurückführen. Die Verbreitung der südafrikanischen Variante ist nicht mehr nur auf Tirol beschränkt, es konnten Ausbrüche in mehreren anderen Bundesländern beobachtet werden. Zudem gibt es erste sporadische Verdachtsfälle der brasilianischen Variante.

Die Prognose der letzten Woche hat sich weitgehend bestätigt. Die aktuelle Prognose sagt nicht nur einen kontinuierlichen Anstieg der Fallzahlen in allen Bundesländern, sondern auch ein damit einhergehendes gesteigertes Systemrisiko vorher. Hervorgehoben wird, dass für die Bundesländer Burgenland, Niederösterreich und Wien gemäß Prognose (68% Konfidenzintervall) innerhalb der nächsten 14 Tage die kritische Marke von 33 % der ICU-Kapazitäten überschritten werden könnte. Es wird empfohlen, entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

Die bereits in der letzten Woche gezeigten Szenarien wurden um die rezenten Fallzahlen ergänzt. Es zeichnet sich ab, dass diese dem definierten Worst-Case-Szenario entsprechen bzw. dieses sogar überschreiten. Auf Nachfrage des Vertreters von Wien **zu den Auswirkungen auf die Situation in den Intensivstationen** erklärt Bachner, dass **auch** der Belag **in den Intensivstationen** in der Prognose wohl nicht überschätzt, sondern der prognostizierte Wert mittlerweile präzise getroffen wurde. Der Vertreter aus Wien **erläutert dazuzugibt**, dass die eigenen Berechnungen **in Wien** die bisher beobachtete Verzögerung von 7-10 Tagen bis zum Anstieg der Spitals- bzw. ICU-Aufnahmen **nun** nicht mehr widerspiegeln, **da die 7-Tages-Inzidenz als Vergleichswert zugrunde gelegt wird**.

Der Vertreter aus Vorarlberg verweist auf den letztwöchigen Bericht, wonach die Impfdynamik in die Modellierung eingeflossen ist. Er verweist darauf, dass bereits der überwiegende Teil der über 85-Jährigen sowie ein Großteil der Hochrisikogruppe geimpft wurde und fragt nach, ob die Dynamik nun nicht eine andere sein müsste als im Herbst. Bachner bestätigt, dass die aktuell prognostizierten Verläufe jenen vom Herbst sehr ähnlich sind. Er führt aus, dass die Verbreitung des Haupttyps mit einem R_{eff} von 1 stagniert, während die Fälle mit den Virusvarianten rasant zunehmen. In Bezug auf die Durchimpfung stellt er richtig, dass die Bevölkerung über 80 Jahren noch nicht vollständig geimpft wurde, sondern nur ein Großteil der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen. Zudem entfällt erfahrungsgemäß ein Großteil der Personen auf ICUs auf die Altersgruppe zwischen 65-75 Jahren, die aktuell vergleichsweise sehr niedrige Durchimpfungsraten aufweist.

Der Vertreter aus Oberösterreich erläutert, dass eigene Berechnungen und Modellierungen zeigen, dass sich die Steigerungen beim Belag in den Spitälern aktuell noch nicht im prognostizierten Ausmaß zeigen. Dies wird auf den Erfolg der Impfungen in Alten- und Pflegeheimen zurückgeführt. Dennoch wurde eine Verdoppelung der IntensivpatientInnen verzeichnet, die wie von Bachner erläutert primär anderen (Alters-)Gruppen angehören. Er schlussfolgert, dass ein erwarteter Engpass nicht bei den Normal-, sondern vielmehr bei den Intensivbetten eintreten wird.

Der Vertreter aus Wien zieht aus Wiener Sicht folgende Schlüsse: 43 % der über 90-Jährigen und 19% der über 80-Jährigen sind laut eigenen Angaben in Wien derzeit durchgeimpft. Im Vergleich zum November dürfte der Einfluss **der Impfung** eine Reduktion im Ausmaß 1 von 10 Fällen im stationären Bereich bewirken. In der letzten Zeit sind relativ viele Junge Personen erkrankt, es ist damit zu rechnen, dass sich dies wie im Herbst im Zeitverlauf in die ältere Generation fortsetzt. Vor diesem Hintergrund wurde die gestern **kolportierte-kommunizierte** Entscheidung Wiens getroffen, den Impfstoff von Astra Zeneca auch bei älteren Kohorten einzusetzen. **Angemerkt wird, dass die Ständige Impfkommission des RKI heute über einen Beschluss informiert hat, wonach die Impfung mit dem AstraZeneca-Impfstoff nun für alle Altersgruppen empfohlen wird.**

Herzog verweist hier auf den angekündigten Bericht, der auch das Thema Impfen abbildet.

→ *siehe Anhang 4: TOP 4 Prognose*

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation. Die 7-Tages-Inzidenz beläuft sich bereits auf 169/100.000. Es zeichnet sich nun ein tendenzielles Wachstum der Fallzahlen ab, was eine neue Phase der Pandemie seit Mitte Februar einläutet. R_{eff} liegt am 2.3. bei 1,11 und damit deutlich über 1. Die 7-Tages-Inzidenz in der Gruppe der unter 25-Jährigen hat sich in KW 8 im Vergleich zur KW 49 annähernd verdoppelt. Dieser Anstieg betrifft alle Altersgruppen nach Schulstufen annähernd gleich. Lediglich im Kindergartenalter ist er etwas geringer. Der prozentuelle Anteil am Fallgeschehen der über 65-Jährigen hat sich hingegen fast halbiert.

Hinsichtlich der Settings des Infektionserwerbs nimmt der Anteil des Bildungsbereichs nur leicht zu. Der Anteil von Clustern im Bereich Gesundheit/Soziales (Alten- und Pflegeheime) nimmt hingegen stetig und merkbar ab.

Schmid berichtet darüber hinaus zum Status Quo der Varianten-Surveillance. Bei rund 63 % der gescreenten Fälle liegt österreichweit eine der neuen Varianten vor. Es dominiert nach wie vor die britische Variante.

In Niederösterreich gibt es bereits zwei Cluster mit Fällen der südafrikanischen Variante. Auch in Vorarlberg wurden erste Fälle registriert. In Wien gab es in der KW 8 einen relevanten Anstieg der Fälle mit der südafrikanischen Variante. Die überwiegende Zahl der Fälle dieser Variante ist nach wie vor Tirol zuzurechnen, wobei hier auch der Anteil der Fälle mit der britischen Variante stetig zunimmt.

Vereinzelte und per Zufall in Salzburg identifizierte Fälle einer Sub-Variante des brasilianischen Typs müssen erst einer weiterführenden Untersuchung mittels Sequenzierung unterzogen werden.

→ *siehe Anhang 5: Ampel_slides_2021-02-24*

Pasterk (BMBWF) berichtet von den Ergebnissen der Antigenselbsttests an Schulen. In KW 8 wurden am Montag und Mittwoch insgesamt 1,375 Millionen Tests im Schulbereich durchgeführt. Die Testungen von Freitag werden nachträglich ergänzt. Es waren in KW 8 insgesamt 904 Tests positiv, was einer Positivrate von 0,07% (0,05 % bei SchülerInnen, 0,2% bei LehrerInnen und Verwaltungspersonal) entspricht. Es ist nicht bekannt, welcher Anteil dieser Tests mittels PCR bestätigt wurde.

Die Systeme wurden nun insofern optimiert, als dass Gesundheitsbehörden unmittelbar von positiven Tests in Kenntnis gesetzt werden. Die Umsetzung ins Contact-Tracing (Absonderung K1-Personen) erfolgt noch nicht durchgängig in optimaler Form.

Der Anteil der LehrerInnen, die an den Testungen im Schulbereich teilnehmen ist im Volksschulbereich nach wie vor sehr hoch. In der Sekundarstufe II beteiligen sich LehrerInnen weniger, wobei die Teilnahmequote zwischen den Bundesländern unterschiedlich ist. Für Wien wird diesbezüglich auf das zusätzliche Angebot der Gurgeltests verwiesen.

Gartlehner (DUK) hinterfragt in Hinblick auf die bekannte Spezifität der Tests nach, wonach rund 4.000 falsch positive Tests zu erwarten wären. Vor diesem Hintergrund scheint die aktuell genannte Zahl an positiven Tests nicht plausibel. Pasterk verweist hier auf die praktische Anwendung der Tests sowie auch auf etwaige Meldefehler. Ein Vergleich mit Gurgeltests zeigte seinen Ausführungen zufolge zudem eine annähernd 100%ige Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Antigentests.

Schmid bestätigt die Annahme von Gartlehner, wonach der Anteil der (falsch) Positiven hier unterschätzt wird. Es gibt wohl Verbesserungsbedarf in der praktischen Anwendung. Sie betont, dass neben einer etwaigen Unterschätzung falsch positiver Tests auch ein Augenmerk auf etwaige falsch negative Tests gelegt werden muss. Es wurden zahlreiche Cluster beobachtet, wo zunächst negativ getestete SchülerInnen im späteren Verlauf positiv getestet wurden.

Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) hinterfragt vor dem Hintergrund der höheren Positivrate bei LehrerInnen, weshalb LehrerInnen nicht verpflichtend getestet werden. Pasterk führt aus, dass eine Befreiung der FFP2-Maskenpflicht für LehrerInnen nur mit Testnachweisen aus Teststraßen gültig ist. Es ist daher davon auszugehen, dass LehrerInnen ergänzend an den dortigen Testungen teilnehmen. Es konnte darüber hinaus bislang kein politischer Konsens zu einer Testverpflichtung bei LehrerInnen erzielt werden.

Netzer (BMBWF) bestätigt, dass noch Anstrengungen hinsichtlich der Validierung der Testungen notwendig sind, die gemeinsam mit der AGES erfolgen sollen. Die Plausibilität der Daten ist im Bundesländervergleich zum Teil zweifelhaft, auch hier muss in Hinblick auf die Dateneingabe in den Schulen nachgeschärft werden. Beobachten lässt sich aber auch ein Lerneffekt bei der Durchführung der Testungen. Netzer kündigt an, im Zuge der Empfehlungen einen konkreten Vorschlag in Hinblick auf eine höhere Verbindlichkeit der Testungen von LehrerInnen einzubringen.

Das stellvertretende Mitglied Der Vertreter aus Wien (Dr. Binder) verweist auf die Wortmeldung von Gartlehner und bestätigt/bekräftigt, dass aufgrund der großen Anzahl an insgesamt durchgeführten Testungen und sowie aufgrund der Zulassungsbedingungen und Performanz des Tests eine höhere Anzahl an positiven Tests zu erwarten wäre, die in der Realität aber nicht abgebildet wird. Eine mögliche Erklärung ist, dass die Tests invalid (leer) ausgeführt wurden. Die Vertreterin aus Wien ergänzt, dass nach einer eigenen Analyse von über 500 in diesem Setting positiven Testungen in diesem Setting in Wien 54,6 % gemäß PCR bestätigt wurden.

→ siehe Anhang 6: TOP 4_Antigenselbsttests_Ergebnisübersicht_KW08_BMBWF

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs.

Im Burgenland liegt die Inzidenz nach einem Anstieg von 27% nun bei rund 190/100.000 und damit nach wie vor klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Auffällig ist insbesondere der Bezirk

Oberpullendorf mit einem Fallanstieg von fast 70%. Sowohl das Verbreitungs- als auch erstmalig das Systemrisiko liegen im kritischen Bereich.

Der Vertreter des Burgenlands berichtet, dass alle BürgermeisterInnen informiert wurden, PädagogInnen im Bereich der Kindergärten zu einer zumindest zweimal wöchentlichen Teilnahme am Testangebot zu animieren. Auch Krankenanstalten wurden darüber informiert, mit höheren Belastungen zu rechnen. Hauptproblem ist derzeit der **der zunehmende Personalmangel aufgrund der monatelangen erhöhten Belastungen auf den Intensivstationen zunehmende Anteil des nicht arbeitsfähigen Personals.**

Schmid ergänzt, dass rezente Ausbrüche im Bildungsbereich in Burgenland primär Kindergärten betreffen.

Auf Nachfrage des Vertreters aus dem Burgenland berichtet Reich, dass im neuen Containment-Erlass des BMSGPK wie in der LSD-Konferenz besprochen die Option eingeräumt wird, bei Auftreten von Virusvarianten das Contact-Tracing anzupassen (Verlängerung Kontaktpersonennachverfolgung auf 96 Stunden, Verlängerung Quarantäne auf 14 Tage mit Freitestung am 10. Tag). Ein diesbezügliches Fact-Sheet wird in Kürze veröffentlicht.

Die Situation in Kärnten ist ebenfalls geprägt durch einen Anstieg von 16% auf eine Inzidenz von 185/100.000. Spitzenreiter ist der Bezirk Hermagor mit einer Inzidenz über 675/100.000.

Die Vertreterin aus Kärnten führt aus, dass das bereits eingeleitete 11-Punkte-Programm in Hermagor fortgesetzt wird. Es soll hier in Kürze eine Testverpflichtung für Ausreisende (Ausreise nur mit negativem Testergebnis) verhängt werden. Das Studienprotokoll zur Befragung zur Adherence **(KAP Survey) von der Medizinischen Universität Graz** ist bereits eingelangt und es erfolgen weitere Schritte in Hinblick auf die Umsetzung, **voraussichtlich mit der FH Hermagor.**

Niederösterreich liegt nach einem Anstieg von fast 30 % bei einer rohen Inzidenz von 208/100.000 deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos. Mehrere Bezirke weisen eine Inzidenz über 250/100.000 auf.

Die Vertreterin aus Niederösterreich betont, dass in den auffälligen Bezirken primär Cluster im Bildungsbereich (inkl. Kindergärten) auftreten. Daneben wurden mehrere Familiencluster sowie sporadisch Cluster im Arbeitssetting verzeichnet. Im Bereich der Kindergärten wird das Personal nun auf freiwilliger Basis täglich vor Dienstantritt getestet. Das Personal soll darüber hinaus durchgängig FFP2-Masken tragen, insbesondere wenn es zu gruppenübergreifender Betreuung kommt.

Schmid hebt hervor, dass das hohe Auftreten an Übertragungen im Bildungsbereich in Niederösterreich auffällig ist. Einträge erfolgen primär über LehrerInnen, nur in wenigen Fällen waren Kinder die Primärquellen. Anzusetzen ist demzufolge primär bei den LehrerInnen, wobei eine zweimal wöchentliche Testung in Teststraßen anzuraten wäre.

Auf Nachfrage des Vorsitzenden ergänzt die Vertreterin aus Niederösterreich, dass in Wiener Neustadt zusätzliche Teststraßen eingerichtet werden. Eine Absperrung der Stadt als große Schul- und Einkaufsstadt scheint ihren Ausführungen zufolge unmöglich.

Der Vertreter des Bildungsministeriums führt aus, dass in Niederösterreich die Inzidenz in der Altersgruppe der SchülerInnen um fast 4 Mal höher liegt als im Westen Österreichs. Die Vertreterin aus Niederösterreich führt dies primär auf das Auftreten der britischen Virusvariante zurück und verweist auch auf den früheren Schulbeginn in ihrem Bundesland. Die Vermutung, dass die britische

Virusvariante eine höhere Transmissibilität in jüngeren Kohorten hat, kann laut Schmid derzeit aber nicht bestätigt werden.

Auch Oberösterreich verzeichnete einen Anstieg von 20% auf eine Inzidenz von 132/100.000. Nur mehr wenige Bezirke weisen eine Inzidenz unter 100 auf und der Trend ist in nahezu allen Fällen steigend.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von einer stabilen Situation in den Spitälern. Man hätte sich hier aufgrund der Infektionsraten durchaus höhere Aufnahmezahlen erwartet. Der auffällige Bezirk Braunau am Inn wurde einer detaillierten Analyse unterzogen und es werden intensive Anstrengungen im Bereich Contact-Tracing und Testungen vorgenommen. Die gesetzten Maßnahmen werden verschärft kontrolliert. Sorgen bereitet die Situation im Bezirk Schärding, der nun auch den intensivierten Maßnahmen unterworfen werden soll.

In Salzburg betrug der Fallanstieg ebenfalls fast 30% und die Inzidenz liegt nun mit 201/100.000 wieder über 200. Auffällig ist der Bezirk Sankt Johann im Pongau.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet über Sankt Johann im Pongau, dass insbesondere die Gemeinden Bad Hofgastein und Radstadt betroffen sind. Hier wird es bereits ab Morgen eine Testverpflichtung bei der Ausreise geben. Cluster lassen sich insbesondere im Bildungsbereich sowie im Bereich Haushalt beobachten. Das Kontaktpersonenmanagement wurde über die Empfehlungen des Bundes hinaus ausgeweitet und die Einhaltung von Maßnahmen wird verstärkt kontrolliert. Ergebnisse der Auswertungen aus Kläranlagen zeigen hier eine sehr hohe Viruslast.

Reich fragt nach, ob das Protokoll zum geplanten KAP-Survey von der AGES und der Medizinischen Universität Graz in Salzburg eingelangt ist, sodass man nächste Schritte setzen kann. Offene Fragen in Hinblick auf die den geplante n CAPKAP-Survey sollen werden bilateral geklärt werden.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt war der Anstieg in der Steiermark mit 15% vergleichsweise gering. Die rohe Inzidenz liegt aber auch hier mit 167/100.000 deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos. Auffällig ist der Bezirk Hartberg-Fürstenfeld.

Die Vertreterin aus der Steiermark verweist auf eine stabile Situation im Bereich der ICU-Auslastung. Im Bezirk Hartberg-Fürstenfeld werden die besonders auffälligen Gemeinden Rohr bei Hartberg und Pöllau sowie Pöllauberg durchgängigen PCR-Testungen auf freiwilliger Basis unterzogen.

Schmid berichtet, dass die britische Variante in der Steiermark zunehmend dominant wird. Auf Nachfrage von Schmid berichtet die Vertreterin aus der Steiermark, dass alle K1-Personen durchgängig zweimal getestet werden.

Tirol ist mit einer Inzidenz von 105/100.000 einer vergleichsweise geringen Steigerung von 14 % unterworfen. Einzig im Bezirk Reutte war der Trend deutlich fallend, der Bezirk Lienz hingegen ist mit einer Inzidenz über 300/100.000 deutlich auffällig.

Der Vertreter aus Tirol berichtet zu Lienz, dass hier ein möglichst lückenloses Contact-Tracing umgesetzt wird, worauf ein Teil der hohen Fallzahlen zurückgeführt werden kann. Im Bezirk Imst hat sich zunehmend die britische Variante etabliert. K1-Kontaktpersonen werden wenn möglich 3 Mal getestet. Positive Fälle werden ohne Test an Tag 9 nicht aus der Quarantäne entlassen und es wird berichtet, dass derartige Verlängerungen der Quarantänen durchaus häufig notwendig sind. Die südafrikanische Variante konnte auf ein vergleichsweise niedriges Niveau zurückgedrängt werden. Unstimmigkeiten zwischen den Tiroler Daten und jenen der AGES zum Anteil der Virusvarianten können in der Diskussion geklärt werden.

Als einziges Bundesland liegt Vorarlberg mit einer Inzidenz von 75/100.000 und einem leichten Anstieg von 3% noch immer im Bereich des hohen Risikos. Auffallend ist die Heterogenität der Regionen. Im großen Walsertal liegt die Inzidenz bei niedriger Bevölkerungszahl schon fast bei 500/100.000.

Der Vertreter aus Vorarlberg schließt sich den Ausführungen an. Auch in Vorarlberg wird von einem weiteren Anstieg der Fallzahlen ausgegangen. In den benachbarten ausländischen Regionen ist die Inzidenz vergleichsweise niedrig, wobei das Testaufkommen insbesondere im benachbarten Deutschland wesentlich geringer ist. Man bereitet sich auf eine weitere Ausbreitung der Virusvarianten vor und hat das Tiroler Regime für das Kontaktpersonenmanagement in adaptierter Form übernommen. Befürchtet wird, dass die Umsetzung des Pilotmodells in Vorarlberg vor dem Hintergrund des erwarteten Fallzahlenanstiegs eventuell gar nicht möglich sein wird.

Auf Nachfrage von Schmid berichtet der Vertreter aus Vorarlberg, dass K1- und K2-Personen durchgängig mittels PCR-Tests getestet werden.

Die Lage in Wien ist nach einem Anstieg von **2322%** mit einer **rohen** Inzidenz von 185/100.000 klar im Bereich des sehr hohen Risikos.

Die Vertreterin aus Wien bestätigt, dass die Fallzahlen entsprechend den Prognosen gestiegen sind. Die Abklärungsquote kann konstant hoch gehalten werden. **In den PCR-Vorscreenings zeigt sich ein weiterer Anstieg des Mutationsanteils.** Es wird betont, dass in der letzten Woche rund 50% der Fälle asymptomatisch waren. **Fälle—Der Fallanstieg** im Bildungsbereich **entspricht jenem in der Gesamtbevölkerungnehmen—zu.** Der Anteil richtig positiver Ergebnisse ist im Volksschulbereich vergleichsweise am Höchsten und nimmt in den höheren Schulstufen ab.

Die vorbereitete Beschlussgrundlage wird aufgerufen. Im Vergleich zu den Vorwochen wurden Zeilen und Spalten zur besseren Übersichtlichkeit getauscht.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Bundesland: Vorarlberg

Risikostufe: hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Rabady berichtet von einem Vor-Ort-Bericht aus einer COVID-Abteilung, wonach ein relativ hoher Anteil junger Personen in sehr schlechtem Zustand hinsichtlich der Sauerstoffversorgung eingeliefert wurde. Es handelt sich hier überwiegend um Fälle der britischen Virusvariante. Sie ersucht alle Mitglieder, vergleichenden Beobachtungen weiter nachzugehen.

Herzog referiert den vorab ausgeschickten Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich, der künftig das einzige Beschluss- und Berichtsdocument der Kommission darstellen soll. Der Bericht soll fortan gemeinsam mit der APA-Meldung veröffentlicht und den politischen Entscheidungsträgern übermittelt werden.

In der Diskussion festgelegte Änderungen werden direkt im Bericht umgesetzt. Insbesondere wird der Geschäftsordnungen der bisherigen Beschlüssen folgend in der grafischen Darstellung der Inzidenz auf Bezirksebenen auf die getrennte Darstellung der Wiener Bezirke verzichtet.

Bei den Testungen im Schulbereich wird berichtet, dass es sich um die Angabe der Anzahl der Testungen handelt.

Auf Wunsch des Vertreters aus Vorarlberg soll die Inzidenz der Schweiz und – sofern möglich – jene von Südtirol künftig in der diesbezüglichen Grafik ergänzt werden.

Das Kapitel zu Impfungen wird vorerst aus dem Bericht entfernt. Die Daten basierten auf den Daten aus dem E-Impfpass. Es wird angestrebt, eine vergleichbare Übersicht in Zusammenarbeit mit den Bundesländern über die Impfkoordination zusammenzustellen und künftig in den Bericht zu integrieren.

Die Empfehlung wird auf Antrag des Vertreters des Bildungsministeriums um eine Textierung zum Schulbereich ergänzt. Der eingebrachte Text wird dahingehend adaptiert, dass der gesamte Bildungsbereich (inkl. Elementarpädagogik) umfasst ist.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien zu der Textpassage, wonach in Abstimmung zwischen Gesundheits- und Bildungsministerium eine spezifische Regelung für die Berufsgruppentestung der Lehrkräfte geschaffen werden soll, welche die bis zu 3 Mal pro Woche stattfindenden Selbsttests an Schulen einbezieht, führt der Vertreter des Bildungsministeriums aus, dass noch zu definieren ist, welche Tests hier umfasst sind. Die Möglichkeit der Ausrollung des Wiener Modells auf ganz Österreich sei zu evaluieren. Zielvorgabe wäre zumindest eine PCR-Testung pro Woche, bei Bedarf ergänzt um Antigentests.

Zum Antrag des BKA, die Abstimmung über die neuen Ergänzungen auf die nächste Sitzung zu vertagen hält Herzog fest, dass die Abweichungen zur letzten Sitzung gering sind. Die Vertreterin des BKA präzisiert, dass sich der Antrag nur auf die vom Bildungsministerium ergänzten Passagen bezieht. Herzog führt aus, dass die ergänzenden Formulierungen primär organisatorische Herausforderungen umfassen und keine wesentliche inhaltliche Abweichung darstellen, was seitens der Vertreterin des BKA bestätigt wird.

Herzog erläutert, dass die Prozesse zur Berichtslegung derzeit optimiert werden. Ziel ist, den Bericht inkl. Empfehlungen jeweils am Vortag zur Sitzung aussenden zu können, sodass etwaige Änderungen und Ergänzungen ggf. bereits im Vorfeld eingebracht werden können. Diese Vorgehensweise wird vom BKA begrüßt.

Bericht Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Bericht einstimmig angenommen

➔ *siehe Anhang 7: Lageeinschätzung 04.03.2021_finale Fassung*

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Es wird sowohl die Risikoeinstufung als auch eine Zusammenfassung der Ausführungen zur aktuellen Situation angeführt, die weitgehend deckungsgleich zu den Textierungen im Bericht ist. Es wird wieder ausgewiesen, wie viele Bezirke in Summe in der rohen Inzidenz unter 50/100.000 bzw. 100/100.000 liegen, wobei deren Anzahl abermals deutlich zurückgegangen ist.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschober noch heute an die APA und anschließend an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt.

➔ *siehe Anhang 8: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_04032021_APA*

5. Berichte

Weitere Schritte

Herzog führt aus, dass das Bundesland Vorarlberg bereits mehrere Wochen eine Inzidenz unter 100/100.000 ausweist. Auf dieser Basis werden derzeit Diskussionen zu möglichen Lockerungsschritten geführt. In Deutschland wurde hier rezent ein sehr strikter Ansatz vorgestellt, in Österreich gehen die Diskussionen in eine Richtung, der Bevölkerung Perspektiven zu schaffen.

Seitens des BMSGPK wurden darüber hinaus erste Überlegungen dahingehend angestellt, welche Punkte in einem ersten allgemeinen Öffnungsschritt zu überdenken wären:

- Sportangebote für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren unter der derzeitigen engmaschigen Testung
 - Fokus ist Outdoor, bei niedrigen Inzidenzen ggf. auch Indoor
- Außerschulische Jugendarbeit
- Gastronomie
 - Thema Sperrstunde vor dem Hintergrund etwaiger Ausgangsbeschränkungen
 - Kapazitäten (Personen pro Tisch, Kapazitäten insgesamt)
- Veranstaltungen
 - Primär Outdoor orientiert
 - Registrierung/Voranmeldung bei Veranstaltungen

Herzog avisiert eine Aussendung diesbezüglicher Unterlagen für morgen und ersucht die Mitglieder der Kommission um etwaiges Feedback.

Der Vertreter aus Vorarlberg äußert sein Erstaunen darüber, dass in der derzeitigen Diskussion die Gastronomie im Hotelbereich (ausschließlich für Hotelgäste) nicht als Option für Öffnungen angeführt wird. Dies würde in der Schweiz bereits seit Wochen erfolgreich ermöglicht.

6. Weitere Vorgehensweise

- 29. Sitzung mit Empfehlung: 11.03.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

16. Sitzung Corona-Kommission

[per 17. Sitzung am 17.12.2020] korrigiertes Ergebnisprotokoll 10.12.2020, 14:00-16:45

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 16. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 10122020_Anwesenheitsliste_15. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 19 von 20 stimmberechtigten Mitgliedern anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 15. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 15. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Das Protokoll wurde vorab in der geänderten Fassung ausgeschickt. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 03122020_Corona Kommission_15. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Zum Protokoll der 14. Sitzung wurde von Wien auf eine irrtümlich nicht übernommene Korrektur hingewiesen und das finale Protokoll bereits ausgeschickt.

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Es wird vorgeschlagen, unter TOP 4 Erfahrungsberichte aus den Bundesländern zu den Antigen-Massentests einzuholen.

Hausreither (BMSGPK) wird darüber hinaus unter TOP 3 zur geplanten Novellierung der 2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung berichten.

Die Tagesordnung wird mit diesen Ergänzungen angenommen.

3. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Rechtliche Grundlagen – Novelle der 2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung

Hausreither berichtet, dass neben den Arbeiten an der Einreiseverordnung an einer Novelle der 2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung gearbeitet wird. Primäre Neuerung ist die regelmäßige Testung von BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen. Darüber hinaus wird nunmehr eine 3-monatige Ausnahme von der Testverpflichtung für Personen vorgesehen, die eine COVID-19-Infektion durchgemacht haben. Die Novelle soll am Samstag in Kraft treten und wird im Anschluss an die Sitzung ausgeschickt.

Auf Nachfrage der Vertreterin aus Salzburg stellt Herzog klar, dass die erwähnte Ausnahme von der Testverpflichtung für alle Personen gilt, die wegen einer Erkrankung abgesondert wurden. In den

Erläuterungen soll präzisiert werden, dass dies somit sowohl für BewohnerInnen als auch für Personal gilt.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, ob demzufolge ab Samstag alle BewohnerInnen und das gesamte Personal in Alten- und Pflegeheimen zweimal wöchentlich getestet werden sollen. Hausreither bestätigt, dass dies so geplant ist und führt aus, dass bei zu wenig Testmaterialien als Alternative FFP-2 Masken möglich sind. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) führt aus, dass in Wien derzeit bei aktiven Ausbrüchen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen zwei Testungen pro Woche durchgeführt werden. Er gibt zu bedenken, dass bei einer Ausrollung dieser Frequenz auf alle Heime die Test- und Personalkapazitäten der Einrichtungen an ihre Grenzen gelangen könnten.

Der Vertreter aus Oberösterreich hinterfragt, welche ÄrztInnen diese Tests anordnen und damit die Verantwortung für die Testungen übernehmen sollen. Hausreither führt aus, dass aus rechtlicher Sicht eine Anordnung der Landessanitätsdirektionen ausreichend ist. Ein entsprechendes Schreiben an die Landessanitätsdirektionen ist bereits ergangen.

Die Vertreterin aus Niederösterreich fragt nach, ob hier PCR- oder Antigentests vorgesehen sind, worauf Herzog erläutert, dass beides möglich ist.

Rabady (KLPU) gibt zu bedenken, dass eine Testung zweimal pro Woche für viele BewohnerInnen schwer zumutbar ist. Sie sieht diese Vorgehensweise bei Ausbrüchen gerechtfertigt, ohne konkreten Anlass aber bedenklich. Hierzu führt Hausreither aus, dass BewohnerInnen, die das Alten- und Pflegeheim nicht verlassen, nur einmal pro Woche getestet werden müssen. Sie ergänzt, dass das Ziel dieser Maßnahmen ist, die hohen Infektions- und Todesraten in Alten- und Pflegeheimen zu reduzieren.

Die Vertreterin aus Salzburg hinterfragt die Übernahme der Haftung für die pauschalen Anordnungen durch die LandessanitätsdirektorInnen. Sie kann als solche nicht sicherstellen, dass das Personal in Alten- und Pflegeheimen ausreichend geschult ist und hinterfragt die konkrete Haftung für auftretende Komplikationen. Hausreither erläutert, dass sichergestellt werden muss, dass die Tests durch ausreichend qualifiziertes Personal durchgeführt werden, wobei Gesundheitspersonal per se dafür qualifiziert sei. Es wird darüber hinaus darauf verwiesen, dass die Tätigkeit nur nach entsprechender Einschulung durchgeführt werden darf.

Der Vertreter aus Oberösterreich widerspricht den zuletzt getätigten Ausführungen von Hausreither. Er sieht es als keinen geeigneten Weg, die Anordnung zur Durchführung der Tests durch die Landessanitätsdirektionen durchführen zu lassen und regt an, eine entsprechende Anordnung bundesseitig zu tätigen. Hausreither führt aus, dass eine individuelle ärztliche Anordnung zum Teil aufgrund mangelnder personeller Ausstattung der Heime nicht durchführbar ist. Die Lösung einer Anordnung über die Landessanitätsdirektionen stellt die ultima ratio dar, die rechtlich in den Erläuterungen zur Verordnung abgesichert werden soll.

Der Vertreter aus Oberösterreich wiederholt, dass eine Anordnung durch die Landessanitätsbehörden für ihn kein geeigneter Weg ist. Er schlägt vor, in den rechtlichen Erläuterungen darzulegen, dass es für diese Testungen keiner ärztlichen Anordnung bedarf.

Der Vertreter aus Oberösterreich fragt nach der Konsequenz, falls MitarbeiterInnen oder BewohnerInnen sich nicht testen lassen (wollen).

Rabady hinterfragt, ob es einer Einwilligung der BewohnerInnen bedarf und wie mit nicht einwilligungsfähigen PatientInnen umgegangen werden soll. Sie gibt darüber hinaus zu bedenken, dass

es in Medienbildern fallweise so scheint, als würde ein nicht unerheblicher Teil der Testungen in der Praxis nicht sach- und fachgerecht durchgeführt.

Hausreither führt aus, dass jede ärztliche Behandlung die Einwilligung der Patientin / des Patienten voraussetzt und dass keine Handlungen gegen den Willen der PatientInnen vorgenommen werden dürfen. Bei nicht einwilligungsfähigen PatientInnen ist der/die entsprechend Berechtigte hinzuzuziehen.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, ob ein Verstoß gegen die Verpflichtung zur zweimal wöchentlichen Testung mit Strafe bedroht sein wird und wenn ja, für wen. Hausreither bietet an, dies in den Erläuterungen klarzustellen.

Hausreither bedankt sich abschließend für die wertvollen Denkanstöße und die Diskussion.

Nächste Woche soll eine neue Schutzmaßnahmenverordnung erlassen und zuvor wieder die Kommission befasst werden.

Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Schmid gibt einen kurzen Überblick zur allgemeinen Lage und zu Auffälligkeiten in Österreich. Gegenwärtig hat sich die 7-Tages-Inzidenz auf 219/100.000 reduziert. Die Inzidenz hat sich im Vergleich zur Vorwoche um rund 25 % reduziert. In KW 48 konnten bei rund 32 % und in KW 49 bei rund 23 % der Fälle die Quellen abgeklärt werden, wobei aufgrund des Feiertags die Abklärungsquote in der laufenden Woche etwas geringer ist. Nach wie vor ist ein großer Anteil der Fälle dem Setting Gesundheit-Soziales zuzuordnen, bei den über 65-Jährigen überwiegt dieses Setting. Das Durchschnittsalter ist weiter gestiegen und liegt nun bei 47 Jahren. Bei den unter 25-Jährigen kam es zu einem relevanten Rückgang der Infektionen. Es zeichnet sich ein steter Rückgang des R_{eff} ab, das nun bei 0,81 liegt. Im Zeitverlauf zeigt sich, dass der Anteil der Fälle in der Altersgruppe der über 65-Jährigen und insbesondere bei den über 85-Jährigen zunimmt. Es lässt sich beobachten, dass die Mortalität mit dem Alter steigt und bei männlichen Personen höher ist. Die altersstandardisierte Letalität ist Bundesweit vergleichbar. Die in der letzten Woche verzeichnete sehr hohe Übersterblichkeit ist primär der Altersgruppe der über 65-Jährigen zuzurechnen.

- ➔ *siehe Anhang 3: u25_cluster_2020-12-10*
- ➔ *siehe Anhang 4: u65_cluster_2020-12-10*

Der Vertreter aus Wien fragt nach, welchen Schluss man nun, knapp nach dem Ende des Lockdowns aus dem eben gehörten Bericht zieht. Herzog verweist auf den Kurzbericht, der eine entsprechende Schlussfolgerung enthält und nach Präsentation der Prognose präsentiert werden soll.

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Er weist darauf hin, dass die durchgeführten Massentests eine große Herausforderung für die Prognosen darstellen. Es wurde versucht, auf Basis von durch die Bundesländer zur Verfügung gestellten Informationen diese Tests entsprechend aus den Datengrundlagen zu exkludieren. Nach wie vor haben mehrere Bundesländer das Testen asymptomatischer K1 Kontaktpersonen eingestellt. Es wird ersucht, derartige Informationen zeitnah zur Verfügung zu stellen, da dies die Qualität der Prognosen maßgeblich beeinflusst.

Es wird für die kommenden 8 Tage von einem durchschnittlichen Fallaufkommen von rund 2.100 Fällen/Tag ausgegangen. Es werden zunehmend längere Liegedauern der PatientInnen beobachtet, worauf auch zurückzuführen ist, dass der Belag auf Intensivstationen nicht in vergleichbarem Ausmaß sinkt, wie die rohen Fallzahlen. Bis 23.12. wird sich der Belag auf den ICU österreichweit auf rund 18 % reduzieren.

→ siehe Anhang 5: TOP 3 Prognose

Der Vertreter aus Vorarlberg fragt nach, worauf die Fluktuation des R_{eff} beruht. Schmid führt aus, dass sich hier Meldeverzögerungen rund um das Wochenende auswirken und dass dies nicht epidemiologisch begründet ist.

Der Vertreter des Bildungsministeriums fragt nach, ob es Prognosen für die Effekte von Weihnachten und Neujahr gibt und ob diese in der nächsten Sitzung besprochen werden könnten. Dies insbesondere vor dem Hintergrund der Planungen für den Schulbetrieb nach dem 6. Jänner 2021. Bachner bietet an, dies im Prognosekonsortium vorzubringen. Er gibt zu bedenken, dass etwaige Effekte primär von der Compliance und vom Verhalten der Bevölkerung abhängen werden. Gerne wird dieses Thema für die nächste Sitzung aufgegriffen.

Der Vertreter aus Wien verweist darauf, dass sich Österreich nun am Ende eines harten Lockdowns befindet. Gemäß Dashboard der AGES beträgt die Inzidenz derzeit das rund zweieinhalbfache der Spitze vom März bzw. etwa das zwanzigfache vom Juli. Auch der Belag der Intensivstationen liegt beim ca. zweieinhalbfachen der Auslastung vom April. Die Situation erfordert demnach sehr sorgfältige Überlegungen hinsichtlich des weiteren Vorgehens.

Schmid bestätigt diese Ausführungen in Hinblick auf das Niveau, das nach wie vor eine laufende Community Transmission wahrscheinlich macht. Es muss der Bevölkerung kommuniziert werden, dass etwaige Zusammenkommen über die Weihnachtsfeiertage nur unter entsprechenden Schutzmaßnahmen erfolgen sollten.

Rabady gibt zu bedenken, dass bislang die Auslastung der Intensivstationen der wesentlichste Indikator für das Systemrisiko war. Sie schlägt vor, auch die Kapazitäten für Contact-Tracing als Indikator heranzuziehen.

Herzog führt aus, dass es das Ziel ist, ein Niveau zu erreichen, bei dem Contact-Tracing (wieder) flächendeckend funktioniert.

Benka führt aus, dass das Contact-Tracing einer der wenigen „blinden Flecken“ ist, der derzeit noch besteht. Es gibt kein zentrales Meldesystem über die Ressourcen und den Ablauf des Contact-Tracings. Ein transparentes monitierbares System wäre anzustreben.

Ostermann (GÖG) bedankt sich für die wichtige Anregung, weitere Indikatoren zur Betrachtung des Systemrisikos einzubeziehen. Das Infektionsgeschehen in der Bevölkerung und die Hospitalisierungsraten, insbesondere im Intensivbereich, sind aktuell nach wie vor hoch. Ein erneutes Aufschwingen der Fallzahlen in einen Bereich von über 6.000 Fällen/Tag würde rasch die Kapazitätsgrenzen sprengen. Es sollten daher weitere Indikatoren im Sinne eines Frühwarnsystems einbezogen werden.

Der Vertreter aus Wien gibt zu bedenken, dass man ab einem Wert von 1% Verbreitung in der Bevölkerung langfristig die Kapazitäten der Intensivstationen überschreitet.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) führt ergänzend aus, dass bei COVID-19 der Verteilungsrand und nicht die Spitze der Verteilung bedeutsam ist (heavy tailed). Auf Basis der im Zuge der Massentests gewonnenen Punktprävalenzen, sollte man die tatsächliche aktuelle Prävalenz ableiten. Die derzeit auf Basis der Massentests kommunizierte geringe Prävalenz schürt falsche Sicherheit in der Bevölkerung, dahingehend sollte man dringend einwirken. Auch 0,2 bzw. 0,3 % Prävalenz bedeuten eine Belastung für das Gesundheitssystem.

Schmid führt aus, dass sich die Ergebnisse der Massentests noch in Auswertung befinden. Sie scheinen generell nicht geeignet, um Aussagen über die tatsächliche Prävalenz zu tätigen. Insbesondere wird von einer starken Selection Bias ausgegangen. Die Community Transmission stellt nach wie vor ein ernstzunehmendes Problem dar. Im Vergleich mit anderen Ländern wurde aus ihrer Sicht hierzulande verabsäumt, Sozialwissenschaften in die Entwicklung von Kommunikationsstrategien für risikoreduzierte Verhaltensweisen einzubeziehen.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) gibt ebenfalls zu bedenken, dass die im Zuge der Massentests festgestellte Punktprävalenz von 0,2-0,3 % massiv verzerrt ist und die tatsächliche Prävalenz wohl eher gegen 1 % liegt. Die Gefahr einer gewissen Überlastung des Gesundheitssystems ist auf dieser Basis stetig gegeben. Er führt aus, dass dies in der Kommunikation besser transportiert werden sollte, um ein Gefühl der falschen Sicherheit der Bevölkerung zu vermeiden und klarzulegen, dass man aktuell nicht von einer nachhaltigen Kontrolle der Situation ausgehen kann. Er weist darauf hin, dass die aktuelle Situation in der Slowakei zeigt, dass einmaliges bevölkerungsweites Testen einen nur wenig nachhaltigen Effekt hat.

Der Vertreter aus Wien regt darüber hinaus an, die bereits durchgeführten Studien zur Feststellung der Punktprävalenz häufiger durchzuführen, um dahingehend valide Daten bzw. Informationen zu gewinnen. Er führt aus, dass es nicht um Massentestungen, sondern um ein 14-tägiges repräsentatives Screening der Bevölkerung zur Feststellung der aktuellen Situation geht.

Herzog fasst zusammen, dass es erforderlich ist zu kommunizieren, dass die in den Massentests festgestellte geringe Prävalenz wohl nicht den Tatsachen entspricht und man vermeiden sollte, falsche Schlüsse daraus zu ziehen. Es gibt Bestrebungen, künftig Daten aus Testungen von Unternehmen in Abstimmung mit der Wirtschaftskammer einzubeziehen.

Herzog verweist auf den Kurzbericht zum Monitoring der Schutzmaßnahmen. Die formulierten Schlussfolgerungen zielen insbesondere darauf ab, die aktuelle Lage möglichst klar wiederzugeben.

→ *siehe Anhang 6: Kurzbericht Monitoring der COVID-19 Schutzmaßnahmen_10.12.20*

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs. Aufgrund der Homogenität der Einschätzungen wird ein Überblick zur Gesamtsituation und auf Bundeslandebene gegeben und nicht auf Bezirksebene vorgegangen.

Bachner führt aus, dass sich auf Basis der Daten für ganz Österreich nach wie vor ein sehr hohes Risiko ergibt. Wie in der letzten Sitzung besprochen, wurde die Risikoadjustierung wieder vorab ausgeschickt. Veröffentlicht wird das File vorerst weiterhin ohne die risikoadjustierten Werte.

Im Burgenland sind in den meisten Bezirken deutliche Rückgänge bei den Fallzahlen zu beobachten. Nur in Eisenstadt-Stadt gab es steigende Fallzahlen. Das Bundesland gesamt wäre nach wie vor mit sehr hohem Risiko zu bewerten.

Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet von Ausbrüchen in zwei großen Alten- und Pflegeheimen. Darüber hinaus lassen sich aber auch Hinweise auf Community Transmission feststellen. Im Bundesland sind 10 Alten- und Pflegeheime mit größeren Fallzahlen betroffen.

Kärnten verzeichnete in allen Bezirken Rückgänge bei der Inzidenz, die unterschiedlich stark ausgeprägt waren. Die Inzidenz liegt nach wie vor leicht über dem österreichischen Durchschnitt. Das Bundesland ist mit sehr hohem Risiko einzustufen.

Die Vertreterin aus Kärnten berichtet von zahlreichen Clustern in Pflegeheimen bei einem hohen Altersdurchschnitt der Betroffenen. Darüber hinaus schließt sie sich der Einschätzung an.

In Niederösterreich gibt es in Summe drei Bezirke, die in der rohen Inzidenz unter 100 liegen: Hollabrunn, Mistelbach und Tulln, wobei Hollabrunn auch in der riskoadjustierten Inzidenz unter 100 bleibt. Hier würde in Hinblick auf die Verweildauerregelung die 3-Wochen-Frist für eine Rückstufung zu laufen beginnen.

Die Vertreterin aus Niederösterreich schließt sich der Einstufung mit sehr hohem Risiko für das gesamte Bundesland an und erwähnt, dass sie in Hinblick auf die weiteren Entwicklungen über die Weihnachtsfeiertage skeptisch bleibt.

In Oberösterreich waren die Rückgänge beim Fallaufkommen teilweise bei annähernd 50 %. Die Inzidenzen bleiben aber auf dem Niveau des sehr hohen Risikos.

Der Vertreter aus Oberösterreich verweist auf den 4-Tages-Schnitt der Neuaufnahmen, der sich in den letzten 10 Tagen halbiert hat. Die Situation auf den Intensivstationen bleibt aber nach wie vor angespannt. Es wird berichtet, dass sich Fälle zunehmend größeren Clustern zuordnen lassen.

Auch in Salzburg wurden deutliche Rückgänge bei den Fallzahlen verzeichnet. Auffällig ist lediglich ein leichter Anstieg in Tamsweg. Nach wie vor ist das Bundesland mit sehr hohem Risiko einzustufen.

Die Vertreterin aus Salzburg bestätigt die Einstufung mit sehr hohem Risiko. In Tamsweg werden drei große Cluster, u.A. in einem Pflegeheim und im Krankenhaus verzeichnet.

Auch die Steiermark verzeichnet rückläufige Fallzahlen, wobei der Rückgang hier langsamer verläuft, als in anderen Bundesländern.

Die Vertreterin aus der Steiermark ist ebenso skeptisch in Hinblick auf die kommenden Feiertage. Schmid ergänzt, dass R_{eff} in der Steiermark im Vergleich zu anderen Bundesländern vergleichsweise hoch ist.

Tirol verzeichnet im Vergleich einen der intensivsten Rückgänge der Inzidenzen, lediglich in Landeck verläuft die Entwicklung eher schleppend. Gesamt ist die Situation mit sehr hohem Risiko einzustufen.

Der Vertreter aus Tirol betont, dass das Niveau in Landeck bereits in den letzten Wochen niedriger war, als in den anderen Bezirken. Dies erklärt den etwas langsameren Rückgang.

Auch in Vorarlberg setzte sich der rückläufige Trend fort. Die Inzidenz liegt nach wie vor über dem Bundesdurchschnitt und deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet von einem gegenläufigen Trend der Maßnahmen gegenüber dem benachbarten Ausland, der in Hinblick auf den regen Grenzverkehr problematisch ist.

Allerberger (AGES) gibt zu bedenken, dass der epidemiologische Verlauf naturgemäß dazu führt, dass benachbarte Regionen zum Teil gegenläufige Entwicklungen nehmen. Hier repliziert der Vertreter aus Vorarlberg, dass dies insbesondere in der Kommunikation schwierig ist und die Compliance negativ beeinflusst.

Auch in Wien zeigt sich eine Stabilisierung des Geschehens. Wien zeichnet sich derzeit durch die geringste rohe Inzidenz aller Bundesländer aus. Des Weiteren ist das Bundesland Spitzenreiter, was die Anzahl der Tests betrifft. Es ist aber nach wie vor ein sehr hohes Risiko gegeben.

Der Vertreter aus Wien merkt an, dass in Hinblick auf das Testgeschehen Vorarlberg noch vor Wien liegt. Er hinterfragt, inwiefern es zu einer Veränderung bei der Teststrategie des Bundes kommen soll,

insbesondere auch in Hinblick auf die Massentests und die aktuell erkennbaren Unterschiede des Testgeschehens in den Bundesländern.

Herzog erläutert, dass die Teststrategie mehrfach entsprechend der laufenden Entwicklungen überarbeitet wurde und dies wohl auch wieder der Fall sein wird. Große Herausforderung wird wohl der Umgang mit Selbsttestungen.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

„Aufgrund der entsprechenden Kontextinformationen sind alle Bezirke, alle Bundesländer und das gesamte Staatsgebiet mit sehr hohem Risiko einzustufen.“

Bezirke: alle

Bundesländer: alle

Staatsgebiet Österreich

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Es wird die parallel vorbereitete APA-Meldung zum Sitzungsergebnis gezeigt. Gegen die Meldung bestehen keine Einwände seitens der Mitglieder. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschober noch heute an die APA und anschließend an die Bezirkshauptleute übermittelt.

→ siehe Anhang 7: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_10122020_APA

4. Berichte

Fact-Sheet Intensivpflege und Erfahrungsaustausch

Bachner referiert die auf Basis der Diagnosen- und Leistungsdokumentation österreichischer landesfondsfinanzierter Krankenanstalten durchgeführten Analysen für den Intensivbereich. Diese beziehen sich auf Aufnahmen bis 30.9. und Entlassungen bis 31.10.2020.

Die Daten zeigen, dass 74 Prozent der COVID-19 assoziierten Todesfälle bis 15.10. hospitalisiert wurden. Die Höchste Sterblichkeit von rund 50% wurde bei der Gruppe der männlichen Personen über 80 Jahren, die auf der Intensivstation waren, verzeichnet. Die Verweildauer der Verstorbenen lag im Mittel bei 8-10 Tagen, wobei ältere Personen deutlich längere Verweildauern aufweisen. Dies erklärt auch den aktuell verzeichneten schleppenden Rückgang beim ICU-Belag. Analysiert wurden auch Co-Morbiditäten der hospitalisierten COVID-Infizierten. Knapp ein Drittel aller hospitalisierten Corona-PatientInnen litt an Bluthochdruck. Zudem wurden Herzkrankheiten, Diabetes Mellitus Typ 2 und Stoffwechselerkrankungen häufiger beobachtet. Fast ein Drittel der Betroffenen war in den letzten 5 Jahren nicht hospitalisiert.

→ siehe Anhang 8: TOP 4 Hospitalisierungen

Der Vertreter aus Vorarlberg fragt nach, ob sich ein internationaler Vergleich ziehen lässt. Bachner führt aus, dass kein spezifischer Vergleich angestellt wurde, wobei die Entwicklungen in Deutschland sehr ähnlich sind. Er gibt zu bedenken, dass valide Vergleiche umfassende Datengrundlagen (z.B. zur Altersadjustierung) voraussetzen.

Ostermann betont den zeitlichen Verzug der Analysen. Er regt an, die Analysen nochmals auf Basis der Abrechnungsdaten von November zu wiederholen und daraus Schlüsse zu ziehen. Entsprechende Daten liegen leider noch nicht vor.

Schmid ergänzt, dass internationale Vergleiche unter Beachtung wissenschaftlicher Regeln der Mortalitätsanalyse unmöglich scheinen. National wurde analysiert, ob sich die Letalität über den Zeitverlauf in Österreich verändert hat. Bestätigt hat sich dabei, dass sich die Performance im Sinne der bestmöglichen therapeutischen Betreuung wohl verbessert hat.

Der Vertreter aus Oberösterreich bedankt sich für die sehr aussagekräftigen Analysen. Er führt aus, dass viele PatientInnen zwischenzeitlich entlassen wurden und fragt nach, ob derartige Berechnungen bereits für im November entlassene PatientInnen vorliegen. Bachner führt aus, dass diese Daten der GÖG leider noch nicht vorliegen.

Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) fragt nach, ob eine Analyse dahingehend möglich ist, wie viele PatientInnen von Multimorbiditäten betroffen waren. Ostermann bietet an, eine derartige Analyse für die Daten aus November bzw. Dezember anzustellen.

Erfahrungsberichte zu Massentestungen

Der Vertreter aus Tirol berichtet, dass rund 688.000 Personen der Zielgruppe für die Antigen-Massentests angehört (unter 6-Jährige und in den letzten 3 Monaten Erkrankte wurden exkludiert). In Summe haben rund 230.000 Personen teilgenommen. Das Feedback der TeilnehmerInnen war grundlegend positiv. Es waren in Summe rund 7.500 MitarbeiterInnen involviert und es ist davon auszugehen, dass ein derart niederschwelliges Angebot in allen Gemeinden nur schwer wiederholbar ist. Rund 600 Positive wurden verzeichnet, was einer Quote von 0.28 Prozent entspricht. Personen mit positivem Antigentest wurden in einer der Screeningstraßen einem PCR-Test unterzogen, wobei hier nur mehr bei 2 % der Personen das endgültige Ergebnis aussteht. Das Ergebnis der positiven Antigentests hat sich bei rund 70% der Betroffenen bestätigt. In Lienz, wo von der höchsten Durchseuchung ausgegangen wird, haben sich 92% der positiven Antigentests auch mittels PCR-Test bestätigt. Hier wurde aber ein anderer Antigentest – jener der Firma Siemens – eingesetzt, wodurch unklar ist, ob die hier niedrigere Rate an falsch positiven Ergebnissen am Test oder an anderen Faktoren liegt. Es wurde für alle Positiven ein Contact-Tracing eingeleitet.

Für die Zukunft würde man dafür plädieren, derartige Testungen zielgruppenspezifisch bzw. anhand regionaler Ereignisse zu planen und durchzuführen. Es wird vermutet, dass bei Massentestungen eine große Selection Bias auftritt und dass bei einer Wiederholung der Testungen von noch geringeren Teilnehmeraten auszugehen ist.

Ostermann hinterfragt detailliertere Daten zu den TeilnehmerInnen in Hinblick auf Alter und Geschlecht bzw. nach Gemeinde. Der Vertreter aus Tirol führt aus, dass eine Analyse nach Alter bereits übermittelt wurde. Eine Auswertung nach Wohngemeinde wäre möglich, wobei Auswertungen nur für die positiv Getesteten möglich sind, da die anderen TeilnehmerInnen aufgrund der IT-Probleme nicht elektronisch erfasst wurden.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet von rund 105.000 durchgeführten Tests, was rd. 1/3 der Grundgesamtheit entspricht. 0,48 % der Antigentests waren positiv. Anteilsmäßig haben weniger

Personen der Altersgruppe von 11-30 Jahren, bzw. weniger Menschen mit Migrationshintergrund an den Testungen teilgenommen. Das IT-System hat in Vorarlberg problemlos funktioniert. Anekdotisch wird von Firmen berichtet, die ihre MitarbeiterInnen zur Teilnahme aufgerufen haben, aber auch von solchen, die eher gegenteilig auf die MitarbeiterInnen eingewirkt haben.

In Vorarlberg hält man eine Wiederholung der Testungen ggf. Ende der ersten Januarwoche für möglich, wobei unklar ist, wie hoch die Compliance der Bevölkerung sein wird. Man schlägt vor, bei etwaigen Wiederholungen eine gezieltere Kommunikationsstrategie, z.B. unter Einbeziehung von Influencern, zu verfolgen.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, wie man den geringeren Anteil an Personen mit Migrationshintergrund festgestellt hat. Der Vertreter aus Vorarlberg verweist hier auf qualitative Beobachtungen in den Gemeinden.

Allerberger verweist auf rund 1 Million Antikörpertests, die in absehbarer Zeit ablaufen werden. Er regt an, diese künftig im Zuge von Massentestungen zum Einsatz zu bringen.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet von zwei Test-Durchgängen. In Annaberg-Lungötz wurde bereits Anfang Dezember getestet, wobei die Beteiligung bei rund 50 % lag. Von drei positiven Antigentests wurden zwei mittels PCR-Test bestätigt. An den Testungen der PädagogInnen nahmen 78 % der in Frage kommenden Personen teil. Es wurden 19 positive Antigentests verzeichnet, wobei der Vertreterin aus Salzburg noch keine Daten dazu vorliegen, wie viele davon mittels PCR bestätigt wurden.

Der Vertreter aus Wien berichtet von den derzeit laufenden Testungen in Wien, die mit kommandem Sonntag abgeschlossen werden sollen. Die Kapazität war auf 60 % der relevanten Bevölkerung und damit rund 1 Million Personen ausgelegt. In den ersten 4 Tagen der Testungen kam es mehrfach zu massiven Ausfällen des IT-Systems, was jeweils eine händische Datenerfassung erforderlich machte. Der Vertreter aus Wien berichtet weiters, dass bislang lediglich Daten zur Altersverteilung, der Wohnpostleitzahl und dem Geschlecht an die Stadt Wien übermittelt wurden.

Es wurden bisher, mit Stand 09.12., rund 136.000 Testungen durchgeführt, angemeldet sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt rund 188.000 Personen und damit rund 11 %. 0,32 % der durchgeführten Antigentests waren positiv, bei der Bestätigung der Testungen mittels PCR-Test scheint das Niveau ähnlich wie in Tirol. Aufgrund der IT-Probleme wird hier derzeit nochmals händisch nachgeprüft. Grundlegend ist die Verteilung der Teilnehmenden in der Bevölkerung eher gleichmäßig, wobei Personen über 70 Jahren und zwischen 40 und 49 Jahren eher unterrepräsentiert scheinen. Frauen nehmen häufiger teil als Männer. In Hinblick auf einen Migrationshintergrund der TeilnehmerInnen lassen sich anhand der Datenlage keine Aussagen treffen. Bevölkerungsreiche Außenbezirke scheinen aktuell eher unterrepräsentiert.

5. Weitere Vorgehensweise

Die heute getroffene Empfehlung ist dokumentiert und wird in dieser Form an die Politik übermittelt. Auch der Kommission wird das Ergebnis zusammen mit dem Protokoll zugänglich gemacht.

➔ *siehe Anhang 9: Empfehlung der Corona Kommission_16.Sitzung_20201210*

- 17. Sitzung mit Empfehlung: 17.12.2020, 14:00 – 18:00 Uhr

29. Sitzung Corona-Kommission

[per 30. Sitzung am 18.03.2021] korrigiertes Ergebnisprotokoll 11.03.2021, 14:00-18:10

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 29. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 11032021_Anwesenheitsliste_29. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 19 von 20 stimmberechtigten Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 28. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 28. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 04032021_Corona Kommission_28. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Im TOP 5 soll unter Allfälliges kurz auf den rezenten Erlass für Gemeinden mit Inzidenzen über 400/100.000 eingegangen werden.

Der Vertreter aus Wien ersucht im selben TOP um eine Reflexion hinsichtlich des Umganges mit den nahenden Osterfeiertagen, vor allem im Hinblick auf die zu erwartenden Familientreffen bzw. Reisebewegungen, und deren Auswirkungen auf die Pandemie.

3. Berichte

Ergebnis der Anhörungen zur 3. und 4. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung

Im Zuge der Anhörung zur 3. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung sind 3 Stellungnahmen von Aberle, BMJ und dem Land Wien eingegangen, die dokumentiert wurden.

→ siehe Anhang 3: 3. Novelle 4. SchuMaV_Rückmeldungen_05032021

Im Zuge der Anhörung zur 4. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung sind 4 Stellungnahmen von BMKOES, BMAFJ, dem Land Wien und Herzog (BMSGPK) eingegangen, die dokumentiert wurden.

→ siehe Anhang 4: 4. Novelle 4. SchuMaV_Rückmeldungen_10032021

D'Orlando (BMSGPK) berichtet zu Inhalten der 4. Novelle zur 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung. Es sind Lockerungen im Sportbereich für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren mit Gruppengrößen bis zu 10 Personen plus Betreuungsperson vorgesehen. Analoge Lockerungen sind in der außerschulischen Jugendbetreuung geplant.

Zudem sind spezifische Lockerungen für das Bundesland Vorarlberg aufgenommen worden. Veranstaltungen sind für bis zu 100 Personen möglich, wobei das Veranstaltungsende jeweils mit 19 Uhr anzusetzen wäre. Weitere Lockerungen betreffen die Gastronomie. In beiden Bereichen sind Kontaktinformationen zu erheben und aufzubewahren. Die in der Verordnung verhängten Ausgangsbeschränkungen müssen wie bislang alle 10 Tage verlängert werden.

Der Vertreter aus Wien führt aus, dass vom Land Wien zur Novelle umfassend Stellung genommen wurde. Er weist darauf hin, dass die aktuelle Besuchsregelung in Alten- und Pflegeheimen nicht jener in Spitälern entspricht, wo nun für PatientInnen der Besuch durch eine Person pro Tag möglich ist, und hinterfragt, ob die Regelungen so beibehalten werden sollen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass PatientInnen in Krankenanstalten in der Regel nicht geimpft sind. D'Orlando repliziert, dass hier keine Änderung avisiert ist, zumal die derzeitigen Änderungen erst vor Kurzem eingeführt wurden.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) hinterfragt, ob nicht die aktuelle epidemiologische Situation, die ja im entsprechenden Bericht der Corona Kommission ausführlich dargelegt ist, gegenüber dem Zeitpunkt des Erlassens bzw. In-Kraft-Tretens einer Verordnung im Vordergrund stehen sollte. Herzog erwidert, dass die Kommission bereits dahingehend Stellung genommen hat, dass ab einer bundesweiten Inzidenz von über 200/100.000 keine neuen Lockerungen erlassen, sondern gegebenenfalls bereits gesetzte Lockerungen überdacht werden müssen. Er fasst zusammen, dass die konkrete Sorge dem Spitalsbereich gilt, was vom stellvertretenden Mitglied aus Wien (Dr. Binder) bestätigt wird.

Der Vertreter aus Oberösterreich schließt sich den vom Vertreter und stellvertretenden Mitglied aus Wien (Dr. Binder) geäußerten Bedenken an.

D'Orlando berichtet weiter von den umfangreichen Stellungnahmen zu den Novellen zum Epidemiegesetz und COVID-19-Maßnahmengesetz, die aktuell bestmöglich eingearbeitet werden. Hauptkritikpunkte betreffen die Veranstaltungsregeln, die nunmehr als Zusammenkunftsregeln dargestellt und in das COVID-19-Maßnahmengesetz überführt werden sollen. Minderjährige Kinder sollen von der Höchstpersonenanzahl ausgenommen und Strafbestimmungen ebenfalls in das COVID-19-Maßnahmengesetz überführt werden.

Hinsichtlich des COVID-19-Maßnahmengesetzes stehen primär die Passagen zu Ausgangsregelungen in Diskussion. Ob eine unkontrollierte Verbreitung als Begründung aufrechterhalten wird, ist noch in Diskussion. Die Möglichkeit eingeschränkter Ausgangsregelungen soll beibehalten werden.

Der Vertreter aus Wien führt an, dass eine etwaige Anzeige- oder Bewilligungspflicht von Veranstaltungen ab 4 Personen behördlich nicht bewältigbar sei. Es ist hier auf die Machbarkeit in der Praxis Bedacht zu nehmen.

D'Orlando führt aus, dass nicht vorgesehen war, derartige private Veranstaltungen einer Meldepflicht zu unterwerfen. Die diesbezüglichen Bedenken werden berücksichtigt.

Pilotregion Vorarlberg (Epidemiologische Lage in Vorarlberg und Bericht zum Pilotprojekt)

Herzog wiederholt, dass in der letzten Novelle der COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung die Möglichkeit für Lockerungen für das Bundesland Vorarlberg geschaffen wurde.

Bachner referiert die aktuelle Lage sowie die Prognose für das Bundesland Vorarlberg. Er führt aus, dass die Fallentwicklung in Vorarlberg in der letzten Prognose etwas überschätzt wurde. Die tatsächliche Entwicklung in Vorarlberg folgte nicht jener in den anderen Bundesländern, daher wurde die Situation spezifisch für Vorarlberg nochmals neu bewertet. Es wird darauf hingewiesen, dass das R_{eff} auch in Vorarlberg über 1 liegt, was sich in einem stetigen leichten Anstieg der Fallzahlen manifestiert. Mitte nächster Woche wird eine Inzidenz von 88/100.000 prognostiziert. Die mit gewissen Unsicherheiten behafteten Langfrist-Prognosen gehen von einer Inzidenz um 150/100.000 bis Mitte April aus.

Der ICU-Belag in Vorarlberg ist aktuell auf geringem Niveau stabil, was möglicherweise auf die vergleichsweise hohe Durchimpfung kritischer Altersgruppen zurückzuführen ist. Entgegen dem bundesweiten Trend kam es in Vorarlberg zu keinen signifikanten Zuwächsen der Variants of Concern. Der Unterschied des R_{eff} zwischen Wildvariante und Variants of Concern ist in Vorarlberg nicht signifikant. Auch hinsichtlich der berechneten Szenarien befindet sich Vorarlberg im Gegensatz zum Rest Österreichs eher im Bereich best-case- oder baseline-Szenario.

Der Vertreter aus Vorarlberg bestätigt, dass die Situation in seinem Bundesland derzeit relativ stabil ist. Dies wird zumindest teilweise mit der regionalen „Abschottung“ in Richtung Tirols bzw. ins benachbarte Ausland begründet. Der Anteil der Variants of Concern ist derzeit sogar rückläufig. Die Impfbedeckung der 65- bis 80-Jährigen mit hohem klinischen Risiko beträgt ca. 10,4 %. Bei jenen mit hohem klinischen Risiko unter 65 Jahren immerhin über 3 %. Die Impfbedeckung der impfbaren Bevölkerung liegt bei 11 %. Besorgnis besteht dahingehend, dass sich zu wenige Menschen zur Impfung anmelden, da derzeit nur 21 % den Gruppen Geimpfte bzw. Angemeldete zuzurechnen sind. Vorarlberg hält keinen Impfstoff vor, es wird sämtlicher verfügbarer Impfstoff unmittelbar verimpft.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) fragt nach, welche Phänomene dazu beitragen bzw. beigetragen haben, dass es zu einem Sistieren des Austausches der Variants of Concern, insbesondere der Virusvariante B.1.1.7, in Vorarlberg gekommen ist.

Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) ersucht darüber hinaus um ein Stimmungsbild aus der Bevölkerung in Vorarlberg und über Informationen, wie die Bevölkerung in Bezug auf die aktuellen Schritte informiert wird. Zudem hinterfragt sie Regelungen hinsichtlich der Ein- und Ausreise und ersucht um Präzisierung der positivity rate.

Der Vertreter aus Vorarlberg konkretisiert, dass die positivity rate seit rund 21 Tagen zwischen 3 und 4 % liegt. Er verweist in Hinblick auf Reisebewegungen auf die aktuell gültigen Bundesvorgaben. PendlerInnen im grenzüberschreitenden Verkehr müssen sich registrieren und es sind negative Tests bei Einreise vorzuweisen. Annähernd dieselben Regelungen galten bislang für Tirol (Testverpflichtung). Flugverkehr nach Wien findet im Moment nicht statt.

Darüber hinaus berichtet der Vertreter aus Vorarlberg, dass die Anforderungen in Hinblick auf Testungen ohne Widerstand aufgenommen werden. Kleinere Demonstrationen finden zwar statt, es sind aber darüber hinaus keine größeren Probleme in Hinblick auf die Akzeptanz der Regelungen bekannt. Die Zutrittshürden zur Gastronomie werden als eher hoch beschrieben, wodurch mit keiner großen Transmission in diesem Bereich gerechnet wird.

Schmid führt hinsichtlich der Frage des stellvertretenden Mitglieds aus Wien (Dr. Binder) aus, dass sich das beobachtete Phänomen in Vorarlberg evolutionsbiologisch nicht erklären lässt. Vermutet wird, dass die etwas später etablierte PCR-Surveillance von Kontaktpersonen möglicherweise künftig zu einer stärkeren Erfassung führen wird. Im besten Fall könnten die relativ strikten Maßnahmen dazu beitragen, die Verbreitung der Variants of Concern weiter einzudämmen. Ein Vergleich mit Deutschland ist aus ihrer Sicht nicht zulässig, da die Varianten-Surveillance dort nicht vergleichbar etabliert ist.

Bachner ergänzt, dass die benachbarte Schweiz und angrenzende deutsche Regionen ebenfalls eher niedrige Inzidenzen aufweisen und dass die wirtschaftlichen Verflechtungen in diese Gebiete zum Teil höher sind als jene in Richtung Tirol. Vermutet wird aber, dass sich auch in Vorarlberg die neuen Virusvarianten zunehmend durchsetzen werden.

Herzog fasst zusammen, dass die epidemiologische Situation in Vorarlberg aktuell durchaus positiv zu bewerten ist. Auch die Auslastungssituation im stationären Bereich ist aktuell im Bereich des geringen Risikos. Der Fortschritt bei den Impfungen ist in Vorarlberg vergleichsweise gut. Es wird vor dem Hintergrund des Risikomanagements aber sehr genau zu beobachten sein, wie sich die Situation in Vorarlberg weiterentwickelt. Bei im Zuge des Monitorings wahrgenommenen Veränderungen der Lage ist die Situation neu zu bewerten. Herzog betont in diesem Zusammenhang die Sorgfaltspflicht.

Internationale Lage

Strauß (BMSGPK) reflektiert kurz die internationale Situation in Hinblick auf Inzidenzen und die Verbreitung von Variants of Concern. Zudem referiert sie das unlängst vom RKI präsentierte Stufenkonzept „ControlCOVID“. Dem Konzept liegen 3 Intensitätsstufen zugrunde, die anhand definierter Leit- und Hilfsindikatoren ermittelt werden. Den jeweiligen Stufen sind gewisse Maßnahmen zugeordnet.

Abschließend gibt Strauß einen kurzen Einblick in die von der GÖG erstellte Übersicht zu aktuellen Maßnahmen in den Nachbarstaaten. Es werden zunehmend Informationen zum Umgang mit Geimpften und Genesenen bekannt.

➔ *siehe Anhang 5: TOP 3_Corona Kommission 11_3_2021 Strauss_Mayrhofer*

Der Vertreter aus Vorarlberg weist in Hinblick auf das deutsche Stufenmodell drauf hin, dass die dort definierten Inzidenzgrenzen aus seiner Sicht insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Verbreitung von Virusvarianten utopisch sind. Er hebt hervor, dass in östlichen Staaten trotz teilweise drakonischer Maßnahmen die Inzidenzen sehr hoch sind.

Siebenhofer-Kroitzsch reflektiert Möglichkeiten der Corona-Kommission. Sie verweist auf die diesbezügliche Diskussion Anfang des Jahres in Hinblick auf Maßnahmen, die nur geringe Infektionstreiber sind. Es ist aus ihrer Sicht nicht nachvollziehbar, inwiefern zahlreiche weitere Arbeiten in dieser Hinsicht Niederschlag gefunden haben und sie ersucht um eine Diskussion zu diesen Aspekten.

Herzog verweist auf eine vor wenigen Wochen erstellte Gegenüberstellung, welche Empfehlungen bzw. Diskussionen der Kommission ihren Niederschlag in der Umsetzung gefunden haben. Diese soll aktualisiert und im Vorfeld der nächsten Sitzung an die Mitglieder der Kommission ausgesendet werden. Er reflektiert, dass der Politik ein gewisser Entscheidungsspielraum bei der konkreten Umsetzung von Maßnahmen obliegt und auch obliegen soll. Empfehlungen der Kommission werden aber in die jeweiligen Entscheidungsprozesse eingebracht. Die Tätigkeit der Kommission ist als rollierendes Verfahren zu sehen.

Ostermann (GÖG) ergänzt, dass die avisierte Übersicht als lebendes Dokument zu erachten ist, das gerne von den Mitgliedern ergänzt werden kann.

Der Vertreter aus Wien nimmt Bezug auf die Wortmeldung des Vertreters aus Vorarlberg und weist nochmals darauf hin, dass in der Slowakei trotz rigidester Maßnahmen die dritte Welle nicht gebrochen werden konnte. Sehr ähnlich ist die Situation in Tschechien. In Irland hat man hingegen gute Erfolge erzielt. Er hebt die Bedeutung des richtigen Zeitpunktes für das Setzen von Maßnahmen hervor, um eine etwaige dritte Welle zeitgerecht abfangen zu können. Es scheint noch zu früh, um die Auswirkungen der zuletzt erfolgten Lockerungen zur Gänze abschätzen zu können.

Herzog betont, dass die Empfehlung der Kommission, ab einer bundesweiten Inzidenz von über 200/100.000 Lockerungen zu reflektieren oder gegebenenfalls auch zurückzunehmen aufrecht bleibt. Zudem ist eine laufende Evaluierung vereinbart.

Stand der Teststrategie in Österreich

verschoben auf TOP 5

4. Einschätzung der aktuellen Risikolage für Österreich

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Er betont, dass sich das für Vorarlberg recht positiv gezeichnete Bild nicht auf ganz Österreich übertragen lässt. Für die kommende Woche wird mit weiter steigenden Fallzahlen gerechnet, wobei von rund 2.900 Fällen/Tag ausgegangen wird. Die 7-Tages-Inzidenz per 17.3. wird mit 235/100.000 erwartet. Die Situation ist zwischen den Bundesländern stark heterogen, es zeigen sich zahlreiche lokale Hot-Spots.

Die Verbreitung der Variants of Concern schreitet weiter voran. In den meisten Bundesländern sind diese zur dominanten Variante geworden (im Burgenland bereits über 95 %). Die Kapazitätsvorschau sieht in Wien eine Überschreitung der Auslastungsgrenzen von 33 % COVID-Belag an der ICU-Gesamtkapazität bis zum 24.3. voraus. In weiteren Bundesländern (B, NÖ) ist eine Überschreitung dieser Grenze innerhalb des 68%-Konfidenzintervalls möglich. Es wird den genannten Bundesländern empfohlen, entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

Ein neuerliches Update der modellierten Szenarien anhand der realen Entwicklung bestätigt, dass der aktuelle Verlauf weitgehend dem prognostizierten Worst-Case-Szenario entspricht. Dies sowohl in Bezug auf Inzidenz, als auch in Hinblick auf den ICU-Belag.

Der Vertreter aus Vorarlberg fragt nach, wann mit einem Update der zugrunde liegenden modellierten Szenarien zu rechnen ist. Bachner führt aus, dass die Szenarien jederzeit neu gerechnet werden können, wobei mit keinen wesentlichen Änderungen zu rechnen ist. Erwünscht war grundlegend eine Verfolgung der aktuellen Situation vor dem Hintergrund der Modellierungen, um deren Treffgenauigkeit nachzuverfolgen. Für die Sitzung kommende Woche soll ein Update erstellt werden.

Siebenhofer-Kroitzsch verweist auf die nach wie vor unterschiedliche Intensivbettenichte, die sich in der Darstellung der Kapazitätsvorschau Intensivpflege der Bundesländer manifestiert. Sie fragt nach, ob vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Skalierungen und der zugrunde liegenden variablen Kapazitätsmeldungen die Situation in den Bundesländern überhaupt vergleichbar (dramatisch) ist. Bachner erläutert, dass die Schwelle von 33% an Intensivbetten von Intensivmedizinern als kritische Marke definiert wurde. Diese ist in der Darstellung für alle Bundesländer gleich dargestellt und daher vergleichbar.

Ostermann erläutert, dass eine gänzliche Vergleichbarkeit nicht möglich ist, da kleinere Bundesländer generell keine Vollversorgung anbieten können. COVID-PatientInnen werden aber in der Regel wohnortnah versorgt, was hier konkret die Vergleichbarkeit erhöht.

Siebenhofer-Kroitzsch betont, dass heruntergebrochen auf 100.000 EinwohnerInnen die Dichte an zur Verfügung gestellten Betten in Wien geringer ist, als in den anderen Bundesländern, wobei sich die diesbezüglichen Ausführungen später auf einen Berechnungsfehler zurückführen lassen.

Der Vertreter aus Wien merkt an, dass die geführte Diskussion anhand der konkreten Zahlen nicht nachvollzogen werden kann. Die Bettendichte in Vorarlberg und Oberösterreich ist seinen Berechnungen zufolge geringer als jene in Wien.

Bachner bestätigt abschließend, dass die Bettendichte Österreichweit regional und nach Fachgebiet unterschiedlich ist. Es wird bestätigt, dass Wien keinesfalls die geringste Bettendichte hat.

Der Vertreter aus Oberösterreich verweist darauf, dass Kapazitätsmeldungen lediglich den aktuellen Stand abbilden. In Ausnahmesituationen treten Notfallpläne in Kraft, die Umwidmungen möglich machen.

→ *siehe Anhang 6: TOP 4 Prognose*

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation und zum Status Quo der Varianten-Surveillance. Die 7-Tages-Inzidenz hat österreichweit die Marke von 190/100.000 überschritten, wobei die Lage zwischen den Bundesländern sehr heterogen ausgeprägt ist. Schmid hebt hervor, dass in allen Auswertungen der AGES nunmehr eine neue fünfte Phase der Pandemie ab Mitte Februar 2021 eingeführt wurde. Die Anzahl an Testungen ist seit KW 6 auf sehr hohem Niveau stabil. Die Positivrate hat im gleichen Zeitraum stetig leicht zugenommen. Daraus lässt sich ableiten, dass sich die Erhöhung der Fallzahl nicht auf die hohe Testfrequenz zurückführen lässt, sondern dass deren Einfluss vergleichsweise gering ist und mit rund 10 - 15 % angenommen wird.

Die Aufklärungsquote lag in den letzten Wochen bei über 80 %, in der laufenden Woche immerhin bei über 70 %. Die Fälle im Setting Alten-/Pflegeheim sind nach wie vor deutlich rückläufig. Bildungscluster treten scheinbar vermehrt auf, während die weiteren Settings weitgehend stabil bleiben. Der Anteil der Fälle bei über 85-Jährigen ist mit 1,6 % nunmehr sehr gering, der 14-Tages-Trend in dieser Altersgruppe ebenfalls rückläufig. Der Anteil der unter 25-Jährigen hat mit rund 30 % deutlich zugenommen. Es wird hervorgehoben, dass Einträge im Bildungsbereich nach wie vor primär über PädagogInnen erfolgen. Der Anteil von Clustern, die auf SchülerInnen zurückzuführen sind, nimmt ab. Die durchschnittliche Größe der Cluster im Bildungsbereich hat sich ebenfalls reduziert.

Der Schlussfolgerung eines rezenten Papers, wonach die britische Variante mit einer erhöhten Virulenz und case fatality risk ratio assoziiert ist, soll auch für Österreich nachgegangen werden. Erste dahingehende rein deskriptive Analysen zeigen tatsächlich leicht unterschiedliche Mortalitätsraten zwischen den Varianten in den Altersgruppen ab 65 Jahren.

Der Trend der 14-Tages-Inzidenz ist in allen Bundesländern mit Ausnahme von Vorarlberg (dort stabil) steigend, bei den über 65-Jährigen ist der Trend in Vorarlberg sinkend und in Oberösterreich, Salzburg und der Steiermark steigend und in den weiteren Bundesländern stabil. Sie betont, dass es sich hier um verschiedene Werte handelt, die unabhängig voneinander zu betrachten sind.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien, weshalb sich laut Tabelle 3 der soeben präsentierten Analyse der Trend in der Altersgruppe über 65 Jahren bei Betrachtung einzelner Bundesländer anders als bei der Betrachtung von Gesamtösterreich entwickelt, führt Schmid aus, dass unterschiedliche Populationen betrachtet werden. Die Konstellationen der einzelnen Altersgruppen ergeben insgesamt

den Gesamt-Trend. Die Entwicklung einzelner Altersgruppen kann dabei sehr heterogen ausgeprägt sein. Der Vertreter aus Wien hinterfragt Gründe für die sehr heterogenen Entwicklungen innerhalb derselben Altersgruppe zwischen den Bundesländern. Schmid führt aus, dass hier die Durchimpfungsrate in der betroffenen Altersgruppe sowie für ältere Kohorten insbesondere die auftretende Virusaktivität in Einrichtungen des Gesundheits-/Sozialbereiches Einfluss nimmt. Der Vertreter aus Oberösterreich betont, dass in seinem Bundesland lediglich Einzelfälle in Alten-/Pflegeheimen aufgetreten sind, in den gezeigten Vergleichswochen waren die Infektionszahlen äußerst gering, wodurch ein in absoluten Zahlen geringer Anstieg bereits einen prozentual hohen Trend ergibt.

Bundesweit geht die absolute Fallzahl im Bereich Gesundheit und Soziales nach wie vor zurück. Ein großer Teil der Infektionen in der Bevölkerungsgruppe über 65 Jahren wird nunmehr im Setting Haushalt erworben.

Schmid wiederholt, dass der bisherige Haupttyp bereits von der britischen Variante verdrängt wurde, die nunmehr österreichweit die dominante Variante darstellt. In Tirol zeigt sich entgegen des Bundestrends ein Rückgang der Variants of Concern, insbesondere der südafrikanischen Variante.

Der Vertreter aus Wien fasst zusammen, dass eine der Kernaussagen der heutigen Präsentation aus seiner Sicht eine erkennbare anteilmäßig steigende Tödlichkeit ist und hinterfragt, ob somit die Variante B.1.1.7 tödlicher ist als die anderen Varianten und sich dies bereits in den Zahlen abzeichnet. Schmid wiederholt, dass sich die britische Variante österreichweit zunehmend als dominante Variante durchsetzt. Eine Analyse von 40.000 PatientInnen in den UK, wonach die Mortalität bei der britischen Variante höher ist, gibt Anlass zur Sorge. Die aktuellen österreichischen Daten lassen hier noch keine definitiven Rückschlüsse zu. Man beobachtet aktuell eine anteilmäßige höhere Mortalität in höheren Altersgruppen, kann aber noch keine kausalen Schlüsse ziehen, da der Selection Bias noch zu hoch ist. Zudem fehlen Daten hinsichtlich Co-Morbiditäten.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet bezüglich der Suveillance, dass in ihrem Bundesland der Verdacht auf die brasilianische Variante bestätigt wurde. Eine Möglichkeit zur Ganzgenomsequenzierung direkt im Bundesland wäre aus ihrer Sicht zu begrüßen. Sie ersucht um eine diesbezügliche Finanzierungszusage durch den Bund. Herzog präzisiert, ob hier fremde Labore die Sequenzierungen gegen Kostenübernahme durchführen sollen, was von der Vertreterin aus Salzburg bestätigt wird. Herzog hält es nicht für sinnvoll, in den Bundesländern eigene Kapazitäten für Einzelfälle aufzubauen, vielmehr sollte hier auf bestehende Strukturen zurückgegriffen werden. Er sagt bilaterale Klärung mit Reich (BMSGPK) zu.

- ➔ *siehe Anhang 7: Ampel_slides_2021-03-11*
- ➔ *siehe Anhang 8: ue65_cluster_2021-03-10*

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs.

Die rohe 7-Tagse-Inzidenz im Burgenland liegt nach einem Anstieg von rund 12 % bei knapp 196/100.000 und damit klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Nur wenige Bezirke sind in der Inzidenz rückläufig, Jennersdorf hat die Marke von 400/100.000 überschritten.

Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet, dass bezüglich einer Abriegelung von Jennersdorf bis kommenden Montag entschieden werden soll, wobei ggf. nur zwei besonders betroffene Orte der Ausreisetestpflicht unterworfen werden sollen. Es treten nach wie vor zahlreiche Cluster im

Bildungsbereich auf, daher wurden Impfungen für PädagogInnen vorgezogen und sollen bereits am kommenden Freitag beginnen. Beobachtet wird ein überproportionales Fallaufkommen bei OberstufenschülerInnen.

Herzog bestätigt, dass der Erlass des BMSGPK dem Land die Möglichkeit einräumt, eine etwaige Abriegelung kleinräumiger vorzunehmen.

Der Zuwachs in Kärnten betrug rund 11 % und die rohe Inzidenz liegt nunmehr bei 185/100.000 und damit auch klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Die Situation in Hermagor ist leicht rückläufig, die Inzidenz aber nach wie vor klar über 500/100.000.

Die Vertreterin aus Kärnten berichtet, dass sich das 11-Punkte-Programm in Hermagor nach wie vor in Umsetzung befindet. Zudem laufen die Vorbereitungen zur Bevölkerungsbefragung.

Die Situation in Niederösterreich ist nach einem Anstieg von 11 % mit einer rohen Inzidenz von 213/100.000 deutlich angespannt. Die Entwicklung ist heterogen, mehrere Bezirke haben die Schwelle von 250/100.000 überschritten.

Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet von den Ausreisetestungen in Wr. Neustadt Stadt, die ggf. in Kürze auf Wiener Neustadt Land ausgeweitet werden müssen, da auch dieser Bezirk steigenden Fallzahlen unterworfen ist.

Schmid berichtet, dass in Niederösterreich weiterhin vermehrt Cluster im Bildungsbereich auftreten. Anekdotisch wird von schlechter Compliance bis hin zu Quarantänebrechern berichtet.

Auch die Situation in Oberösterreich ist durch einen Anstieg von rund 19 % auf eine rohe Inzidenz von 170/100.000 gekennzeichnet, wobei die Entwicklung zwischen den Bezirken heterogen verläuft. Mehrere Bezirke weisen eine Inzidenz über 250/100.000 aus.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet aus Perg, dass hier ein großer Firmencluster aufgetreten ist, der auf Schulen übergegriffen hat. Man hofft durch gezieltes Contact Tracing langfristig auf eine Entspannung der Situation. In Braunau hofft man eine Stabilitätsphase bereits erreicht zu haben. Allgemein sieht man über das gesamte Bundesland hinweg zunehmend Fälle in Schulen. Die Situation in den Alten- und Pflegeheimen ist nach wie vor stabil, in den Krankenanstalten wurde ein merklicher Belagsanstieg verzeichnet. Der Anteil der Virusmutationen beträgt in vielen Regionen bereits deutlich über 90 %.

Salzburg zeichnet sich mit 29 % durch einen der höchsten Inzidenzanstiege im Bundesvergleich aus. Die rohe Inzidenz beträgt nunmehr 250/100.000 und ist damit weit im Bereich des sehr hohen Risikos. Auffallend sind neben Sankt Johann im Pongau nunmehr wieder Tamsweg und Salzburg Umgebung.

Die Vertreterin aus Salzburg bestätigt die Ausführungen. Sie berichtet, dass die Fälle zum überwiegenden Teil der neuen Virusvariante zuzurechnen sind. Die Compliance der Bevölkerung ist teilweise sehr schlecht. Verkehrsbeschränkungen unter 10-Jähriger im Bildungsbereich und deren Kontrollen sollen verschärft werden.

Schmid führt aus, dass die aktuellen Maßnahmen im Bildungsbereich (insbesondere die vermehrte Testung von PädagogInnen) dazu führen sollen, dass keine Cluster im Schulbereich auftreten.

Der Vertreter des Bildungsministeriums ersucht um zeitgerechte Information, falls es hier zu einer Änderung der Vorgaben kommt, um entsprechende Dokumente und Informationen anpassen zu können. Reich sagt Prüfung und Abstimmung zu und merkt an, dass dieses Thema in der LSD-Runde platziert werden sollte.

Der Inzidenzanstieg in der Steiermark war mit rund 7 % vergleichsweise gering. Die rohe Inzidenz liegt nun bei 167/100.000. Auch hier ist die Lage heterogen, während im Zentralraum Graz die Inzidenz eher rückläufig ist, verzeichnen die ländlicheren Regionen teils deutliche Anstiege. Der Bezirk Weiz nähert sich der Marke von 400/100.000.

Die Vertreterin aus der Steiermark berichtet, dass eine eigene Arbeitsgruppe die Situation in Weiz genau beobachtet. Die Testkapazität wird hier erhöht und das Contact-Tracing intensiviert. Schwerpunkttestungen in besonders betroffenen Gemeinden werden durchgeführt. Es sind auch hier Cluster im Bildungsbereich aufgetreten, eine Schule in Gleisdorf musste gänzlich geschlossen werden. Auch hier wird von immer schlechterer Compliance der Bevölkerungen berichtet, insbesondere auch in Hinblick auf die Bekanntgabe von Kontaktpersonen. Impfungen für das Bildungspersonal sind für den 19. und 20.3. avisiert.

Schmid berichtet von insgesamt 14 Bildungsclustern in der Steiermark. Erfreulich ist der deutliche Rückgang von Clustern in Alten- und Pflegeheimen.

Die Situation in Tirol ist weitgehend stabil, die Inzidenz liegt bei 103/100.000 und damit nur mehr geringfügig über der Marke von 100/100.000. Einzelne Bezirke, wie z.B. Reutte entwickeln sich deutlich positiv. In Lienz hingegen liegt die Inzidenz bei 367/100.000 bei steigendem Trend.

Der Vertreter aus Tirol führt aus, dass vor dem Hintergrund der Virusvariantenverordnung auch Fälle durch getestete LKW-Fahrer verzeichnet wurden. In jenen zwei Gemeinden, mit der dynamischsten Entwicklung, wird weiterhin eine Ausreisetestverpflichtung verhängt. Die Lage in Lienz ist durchaus bedenklich, aufgrund der geografischen Lage wird hier aber eine bezirksweise Ausreisetestverpflichtung für nicht zielführend erachtet, sondern sollte kleinräumiger erfolgen.

Die Situation in Vorarlberg wurde bereits unter TOP 3 ausgeführt. Die rohe Inzidenz liegt hier bei 77/100.000 und damit nach wie vor im Bereich des hohen Risikos. Auffällig ist lediglich die Situation im Großen Walsertal mit einer Inzidenz von 643/100.000.

Der Vertreter aus Vorarlberg schließt sich den Ausführungen an.

Die Situation in Wien ist durch einen Anstieg von 22 % auf eine rohe 7-Tages-Inzidenz von 227/100.000 gekennzeichnet und liegt damit klar im Bereich des sehr hohen Risikos.

Der Vertreter aus Wien hebt hervor, dass die Aufklärungsquote trotz der steigenden Fallzahlen mit 69 % nach wie vor erfreulich hoch ist. Der Anteil asymptomatischer Fälle beträgt 49%. Die spezifisch für den 9. Bezirk verzeichnete Inzidenz von über 400/100.000 ist auf eine fehlerhafte Fallzuordnung seitens der AGES zurückzuführen, was sich laut Schmid bereits in Behebung befindet.

Reich hinterfragt den plötzlichen sprunghaften Anstieg von Fällen der südafrikanischen Variante in Wien. Dieser ist gemäß den Ausführungen der Vertreterin aus Wien zum Teil auf Nachmeldungen zurückzuführen. Teilweise handelt es sich darüber hinaus um Sekundärfälle von Familienclustern. Die Zahl der aktiven Fälle der südafrikanischen Variante beträgt aktuell 14.

Die vorbereitete und gestern ausgeschickte Beschlussgrundlage wird aufgerufen. Es gibt keine Korrekturen oder Änderungswünsche seitens der Kommissionsmitglieder.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Bundesland: Vorarlberg

Risikostufe: hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Der vorab ausgeschickte Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich wird aufgerufen. Dieser wurde in der Pause analog der heutigen Diskussion um einen Passus in Hinblick auf Besuchsregelungen im Spitalsbereich ergänzt, der an alle Kommissionsmitglieder ausgeschickt wurde.

Bericht Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Bericht einstimmig angenommen

Der Bericht wird an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt und auf der Ampel-Website veröffentlicht.

→ *siehe Anhang 9: Lageeinschätzung 11.03.2021_finale Fassung*

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Die Ausführungen sind weitgehend deckungsgleich zu den Textierungen im Bericht. Es wird wieder ausgewiesen, wie viele Bezirke in Summe in der rohen Inzidenz unter 50/100.000 bzw. 100/100.000 liegen, wobei deren Anzahl konstant geblieben ist.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschöber noch heute an die APA und anschließend an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt.

→ *siehe Anhang 10: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_11032021_APA*

5. Allfälliges

Stand der Teststrategie in Österreich

Reich referiert die heute publizierte Teststrategie, die im Wesentlichen auf 3 Säulen fußt:

1. Behördlich veranlasste Testungen
2. Spezifische Screeningprogramme
3. Bevölkerungsweite Screeningprogramme

Sie führt aus, dass im dritten Punkt noch kein Bezug auf die Modellregion Vorarlberg genommen wurde. Das Thema der Selbsttests wird dort aktuell erprobt und erst bei einer österreichweiten Ausrollung werden etwaige neue Aspekte aufgenommen. Sie ersucht, bei Ausführungen zum Testregime das Wording der Teststrategie zu verwenden.

Goldstandard bei Testungen ist nach wie vor der Nasopharyngealabstrich und es wird ersucht, diese Teststrategie möglichst nicht aufzuweichen.

Reich betont, dass Überlegungen dahingehend angestellt werden, bevölkerungsweite Screeningprogramme möglichst personalunabhängig umzusetzen. Dies auch vor dem Hintergrund, zunehmend Personal für Impfungen abstellen zu können. Es gibt bereits sehr konkrete Überlegungen und Diskussionen, wie das Thema Testen dahingehend neu aufgestellt werden kann. Diverse Begehrlichkeiten von Firmen sind bekannt, es wird hier aber um Zurückhaltung ersucht.

Ein eigenes Kapitel der Teststrategie widmet sich der Virussequenzierung und dem Mutationsmonitoring.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) bedankt sich für die Ausführungen, erkundigt sich zur Verfügbarkeit des gezeigten Dokumentes. Reich erläutert, dass die Teststrategie bereits auf der Website des BMSGPK veröffentlicht wurde (https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:6f6d7b10-0499-47f8-bf76-a93f521131ab/Oesterreichische_Teststrategie_SARS-CoV-2_11.03.21_final.pdf).

Herzog sagt zu, die Teststrategie sowie das in der Kommission am 3. Dezember verfasste Papier zu Testungen an die Kommissionsmitglieder auszusenden. Letzteres kann und soll ggf. vor dem Hintergrund der geänderten Situation adaptiert werden.

Erlass betreffend der Maßnahmen in Hochinzidenzgebieten

Reich berichtet, dass zum Erlass mehrere Rückmeldungen seitens der Länder eingegangen sind. Es sei demzufolge schwierig, die gesetzten Maßnahmen so lange aufrecht zu halten, bis die 7-Tages-Inzidenz zumindest 10 Tage unter 200 liegt. Sie betont, dass keine hermetische Abriegelung von Gebieten, sondern vielmehr stichprobenartige Kontrollen der betroffenen Gebiete gefordert sind. Herzog ergänzt, dass die Intensität von Kontrollen bei guter Entwicklung verringert werden kann, die Testverpflichtung per se aber beibehalten werden sollte, um die Nachhaltigkeit sicherzustellen.

Herzog wiederholt darüber hinaus in Hinblick auf die heutigen Ausführungen des Vertreters aus dem Burgenland zum Bezirk Jennersdorf, dass Maßnahmen auch regional beschränkt angewandt werden können. Dies soll die Flexibilität vor Ort erhöhen.

Der Vertreter aus Wien weist darauf hin, dass hier eine Testverpflichtung nur dann gegeben ist, wenn das Gebiet verlassen wird und somit die Problematik innerhalb des betreffenden Gebietes weiterhin bestehen bleibt. Dies wird von Herzog bestätigt. Er führt aus, dass aus diesem Grund eine kleinräumigere Anwendung sinnvoll sein kann.

Vorbereitung auf die Osterfeiertage und deren Auswirkungen auf die Epidemie

Der Vertreter aus Wien merkt an, dass es im Zuge der letzten Phasen von längeren Schulferien stets zu entsprechenden Verwandtenbesuchen und damit einhergehenden Reisebewegungen gekommen ist. Es stellt sich die Frage, wie vor dem Hintergrund der aktuellen Lage im Hinblick auf Ostern bzw. auf die

Osterferien mit dieser Situation umgegangen werden soll, die gegebenenfalls zu einem weiteren Anstieg der Inzidenz führen wird.

Herzog bedankt sich für diesen Input und schlägt vor, die aufgeworfene Problematik in die jeweils montags stattfindenden politischen Abstimmungen einzubringen. Gerne werden diesbezügliche Stellungnahmen aus den Ländern in den nächsten 48 Stunden entgegengenommen.

Das Thema soll zudem in der nächsten Woche nochmals von der Kommission aufgegriffen werden.

Geimpfte und Genesene

Der Vertreter aus Wien verweist auf eine der letzten Sitzungen, in der die Frage der Klassifikation von geimpften Personen als K1 thematisiert wurde. Eine entgegengesetzte Problemstellung ergibt sich für genesene Personen, für die bei Verdacht auf oder nachgewiesener neuartiger Variante von SARS-CoV-2 nun eine Herabstufung zur Kontaktperson der Kategorie 2 nicht mehr möglich ist. Es kann nicht nachvollzogen werden, ob es nun zu einer Gleichstellung der beiden Gruppen kommt bzw. kommen soll.

Reich führt aus, dass das Thema des Umgangs mit Geimpften und Genesenen in einer eigenen Arbeitsgruppe behandelt wird und es noch keine finalen Regelungen gibt.

Sorgenhotline Wien

Der Vertreter aus Wien berichtet von einer zunehmenden Inanspruchnahme der so genannten „Corona Sorgenhotline Wien“ hinsichtlich andere Bundesländer betreffende Auskunftersuchen. Dies erfolgt anscheinend auf Empfehlung von Bundesinstitutionen. Er hält fest, dass die Sorgenhotline als erste Anlaufstelle bei psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit Covid-19 für die BürgerInnen Wiens eingerichtet wurde und die Betreuung von Beschwerden bzw. Anfragen, die andere Bundesländer betreffen, nicht Zielsetzung der Hotline ist.

6. Weitere Vorgehensweise

- 30. Sitzung mit Empfehlung: 18.03.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

26. Sitzung Corona-Kommission

[per 27. Sitzung am 25.02.2021] korrigiertes Ergebnisprotokoll 18.02.2021, 14:00-17:45

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 26. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 18022021_Anwesenheitsliste_26. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 19 von 20 stimmberechtigten Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 25. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 25. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Der Vertreter aus Wien weist darauf hin, dass eine Rückmeldung von Wien auf Seite 6, drittletzter Absatz irrtümlich nicht übernommen wurde. Dies soll noch korrigiert werden. Es gibt darüber hinaus keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 11022021_Corona Kommission_25. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Dr. Lechner berichtet, dass gestern vom Standard aus dem noch nicht abgenommenen Protokoll der letzten Sitzung zitiert wurde. Es wird betont, dass diese Vorgehensweise inakzeptabel ist, was vom Vorsitzenden bestätigt wird.

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Unter TOP 4 wird der Vertreter aus Oberösterreich einen Erfahrungsbericht zur regionalen Kontrolle in seinem Bundesland bringen.

Aktuelle rechtliche Vorhaben

D'Orlando (BMSGPK) gibt einen kurzen Überblick zu aktuellen rechtlichen Vorhaben. Die Landeverbotsverordnung soll nochmals um 10 Tage verlängert werden. Eine etwaige Verlängerung der Virusvariantenverordnung wird noch diskutiert.

Im Gesundheitsausschuss am kommenden Montag wird ein Abänderungsantrag zum Epidemiegesetz, dem COVID-Maßnahmegesetz und dem Medizinproduktegesetz eingebracht. Es soll demzufolge künftig ein Genesungsausweis aus dem EMS erstellt werden, der als Nachweis für eine durchgemachte Infektion gelten wird (analog der Zugangstests). Der Zeitpunkt der Probenentnahme soll künftig ebenfalls standardisiert erfasst werden. Eine verpflichtende Teilnahme an Ringversuchen sowie gewisse berufsgruppenrechtliche Regelungen sind ebenso Teil der geplanten Neuerungen.

Es wird parallel ein Begutachtungsentwurf erarbeitet, in dem Regelungen zu Veranstaltungen und etwaigen Ausgangsbeschränkungen erneuert werden sollen. Der nächste Gesundheitsausschuss findet am 17./18. März statt.

Der Vertreter aus Oberösterreich fragt nach, ob mit den avisierten Novellierungen auch Regelungen für den Privatbereich getroffen werden. Auf Basis der aktuell gültigen Regelungen kann man sich zwischen 6 und 20 Uhr im privaten Bereich unbegrenzt treffen. Er verweist darüber hinaus auf Zusammenkünfte zu unbedingt erforderlichen beruflichen Aus- und Weiterbildungszwecken, die aktuell erlaubt sind. Hier wurden in der rezenten Novellierung Abstands- und FFP2-Pflicht zugunsten anderer geeigneter Schutzmaßnahmen aufgehoben. Er sieht diese Regelung sehr kritisch.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt hinsichtlich des angesprochenen Nachweises durchgemachter Infektionen via EMS, ob dies eine notwendige Umstellung der bisher ausgestellten Testnachweise impliziert. Aktuell wird täglich eine sehr hohe Anzahl derartiger Nachweise ausgestellt. Er hinterfragt außerdem, ob sich aufgrund des novellierten § 6, Abs. 7 der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung nunmehr alle im Bereich der Betreuung durch Mobile Dienste tätigen Personen künftig 3 Mal in der Woche einem Test unterziehen müssen und mit welchen Konsequenzen bei Nichteinhaltung zu rechnen ist. Die betreffende Änderung war im ausgesandten Entwurf zur Novelle nicht enthalten. Die Verordnung wurde nun am 17.02.2021 kundgemacht und der neue § 6 Abs. 7 ist bereits mit 18.02.2021 – ad hoc - in Kraft getreten.

D'Orlando berichtet zur Frage aus Oberösterreich, dass der private Wohnbereich aktuell nicht geregelt wird. Veranstaltungen im privaten Wohnbereich sind damit außerhalb der Ausgangsbeschränkungen ungeregt. Es sind hier keine Änderungen geplant.

Zur Frage der Abstands- bzw. FFP2-Pflicht bei Aus-/Weiterbildung erläutert D'Orlando, dass dies bereits im Zuge der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung so geregelt wurde. Weiters führt er aus, dass der erwähnte EMS-Nachweis die bisherigen Testnachweise nicht ersetzen sondern ergänzen soll. Personen mit durchgemachter Infektion, die einen begrenzten Zeitraum keinen Testnachweis benötigen, sollen so einen einfachen Zugang zu einer entsprechenden Bestätigung erhalten.

Hinsichtlich der Testverpflichtung für Mobile Dienste räumt D'Orlando ein, dass dieser Passus auf Frisöre etc. zugeschnitten war und Mobile Dienste nicht gemeint waren. Er wird diese Anregung weiterleiten.

Der Vertreter aus Wien betont, dass als Konsequenz, wenn die Testverpflichtung durch MitarbeiterInnen der Mobilen Dienste nicht bzw. nicht rasch genug erfüllt werden kann, die gepflegten Personen aufgrund dieser neuen Regelungen ggf. im stationären Bereich eines Krankenhauses oder in einem Pflegewohnhaus betreut werden müssen, da eine Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist und dies zu einer Überlastung dieser Strukturen führen kann.

3. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. In den östlichen Bundesländern stellen die Virusvarianten bereits 50 bis über 80 % aller Infektionen dar. In den Fallzahlen zeigt sich nach einer längeren Phase der Stagnation rezent ein leichter Anstieg, der sich gemäß Prognose fortsetzen wird. Die aktuelle Prognose geht von einem Infektionsgeschehen von rund 1.500 Fällen/Tag aus, wobei 2 von 3 Prognosemodellen bereits einen Anstieg vorhersehen. Bezüglich der Virusvarianten liegen zunehmend valide Daten vor, die Verbreitung nimmt insbesondere in den östlichen Bundesländern stetig zu. Die ICU-Auslastung bleibt relativ konstant. Die Auslastung wäre gemäß Prognose am 3.3. in Wien und Burgenland mit rund 21 % am höchsten.

→ siehe Anhang 3: TOP 4 Prognose

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation. Die 7-Tages-Inzidenz ist auf rund 114/100.000 angestiegen. Dies kann teilweise auf die erhöhte Testaktivität im Schulbereich zurückgeführt werden, was sich am Beispiel Wien und Niederösterreich zeigt, wo die Semesterferien bereits früher geendet haben. Der Anteil asymptomatischer Fälle liegt über 25 und wird mit steigender Testaktivität wohl weiter ansteigen. Die Abklärungsquote der Vorwoche liegt bei knapp 80 %. Der Anteil der Fälle im Setting Gesundheit/Soziales (Alten- und Pflegeheime) geht zurück. Auch der Anteil der Erkrankten in der Altersgruppe über 65 Jahren nimmt stetig ab. Das Durchschnittsalter der Erkrankten ist weiter gesunken und liegt nun bei 41,6 Jahren. R_{eff} liegt bei 1.

→ siehe Anhang 4: Ampel_slides_2021-02-18

→ siehe Anhang 5: maßnahmenbewertung_2021-02-18

Schmid berichtet darüber hinaus zum Status Quo der Varianten-Surveillance. In Vorarlberg erfolgt diese durch das Institut für Pathologie. Die Einmeldung ins EMS befindet sich in Planung. In Oberösterreich ist die Surveillance bereits gut etabliert, alle wesentlichen Laboratorien sind am Weg, eine Einmeldung ins EMS sicherzustellen. Alle drei relevanten Laboratorien in Salzburg sind bereits ans EMS angebunden und können zeitnah ihre Ergebnisse einmelden. Das Labor Novogenia wird für Niederösterreich sowie teilweise Steiermark, Salzburg und Oberösterreich in Kürze relevante Varianten identifizieren und ins EMS einmelden können. Die AGES arbeitet daran, die etablierte Surveillance für das Burgenland ans EMS anzubinden. Aus Wien werden aktuell teilweise Daten über das EMS übermittelt, daher sind diese Daten auf Seiten der AGES nicht vollständig. In der Steiermark und Kärnten sind die diesbezüglichen Tätigkeiten ebenfalls noch nicht abgeschlossen.

Auswertungen der AGES unterscheiden künftig zwischen PCR-basierten und Sequenzierungs-basierten-Fällen. Eine Abweichung zwischen den Daten der AGES und jenen des Bundeslandes Tirol soll zeitnah ausgeräumt werden. Schmid kündigt an, die gezeigte Auswertung zu Virusvarianten den Bundesländern künftig mehrmals pro Woche zur Verfügung zu stellen.

Der Vertreter aus Vorarlberg bedankt sich für die Präsentation der Situation in Österreich. Hinsichtlich der Prognose verweist er auf eine Publikation der ETH Zürich, wonach niederschwellige zweimal wöchentliche Testungen der Bevölkerung bei einer Teilnehmerate von 50% zu einer Reduktion der Reproduktionszahl um 40 % führen können (vgl. <https://ethz.ch/de/news-und-veranstaltungen/eth-news/news/2021/01/verdeckte-infektionen-aufspueren.html>). Er fragt nach, welche Teilnehmerate anhand der derzeitigen breitflächigen und hochfrequenten Testungen österreichweit erreicht wird bzw. von welchen Auswirkungen dieser Strategie auf die Reproduktionszahl ausgegangen wird.

Bachner bestätigt einen etwaigen nachhaltigen Effekt einer hochfrequenten, wiederholten Testung von rund 50 % der Bevölkerung. Dieser Anteil kann in Österreich aber mit der derzeitigen Testfrequenz nicht erreicht werden. Zudem werden nicht alle Testungen gänzlich erfasst. Das hohe Testgeschehen leistet sicherlich einen Beitrag dazu, das Wachstum einzubremsen, quantitativ kann dieser aber gegenwärtig nicht konkret abgeschätzt werden.

Reich berichtet, dass durch möglichst niederschwellige Testmethoden die Testfrequenz weiter erhöht werden soll.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) weist darauf hin, dass sich die von Schmid heute präsentierte Statistik von jener auf der AGES-Website unterscheidet. Das wird von Schmid bestätigt. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) ersucht dies aufzuklären, um Missverständnisse zu vermeiden. Auf Nachfrage des stellvertretenden Mitglieds aus Wien (Dr. Binder) bestätigt Schmid einen etwa 26%-igen Anteil der südafrikanischen Variante in Tirol.

Der Vertreter aus Oberösterreich gibt in Bezug auf Massentestungen zu bedenken, dass nicht automatisch anzunehmen ist, dass eine hohe Testfrequenz in der Praxis Verbesserungen bringt. Er ersucht darum, vor einer weiteren Ausweitung der Testungen die Umsetzbarkeit in der Praxis zu evaluieren. In der Praxis tritt die Testung bereits in Konkurrenz zu anderen Tätigkeiten, die durch Gesundheitspersonal zu erbringen sind. Zudem zeigt sich keine optimale Situation hinsichtlich des Contact-Tracings.

Reich bestätigt, dass das Testangebot aktuell viel Personal bindet. Aus diesem Grund werden die Testmethoden auch hinsichtlich dieses Aspekts evaluiert. Hinsichtlich des Contact-Tracings wird eingeräumt, dass hier nicht immer wahre und vollständige Angaben gemacht werden. Die hohe Testfrequenz erhöht aber generell hier die Treffsicherheit.

Schmid erläutert, dass leicht anwendbare Tests zum Ermöglichen weiterer Lockerungen beitragen können. Es sollen so viele potenzielle Superspreader wie möglich identifiziert werden.

Der Vertreter aus Tirol weist darauf hin, dass Massentestungen ggf. nicht zielgerichtet genug sind. Bezirks-/Gemeindetestungen weisen Teilnahmeraten von 30 – 70 % auf. Bei Betriebstestungen hingegen wird aufgrund des sozialen Drucks eine höhere Testrate und somit insbesondere die Testung von Personen, die anderweitige Angebote nicht in Anspruch nehmen, erzielt.

Der Vertreter aus Wien fragt beim Vertreter aus Vorarlberg nach dem Ziel der von ihm erwähnten niederschweligen Testungen, die gemäß dessen Ausführungen für 50 % der Bevölkerung zwei Mal in der Woche durchzuführen wären. Fidler bestätigt diese Grundannahmen, wobei die Studie auf theoretischen Annahmen bzw. Modellrechnungen beruht. Der Vertreter aus Wien, merkt an, dass entsprechend einer überschlagsmäßigen Berechnung derzeit wöchentlich rund 30 % der Bevölkerung mittels Testungen erfasst werden.

Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) verweist auf einen Medienbericht zu kostenlosen Wohnzimmertests, die ab März eingesetzt werden sollen. Dieses besonders niederschwellige Angebot könnte Personen zum Testen animieren, die bisherige Angebote nicht in Anspruch genommen haben.

Reich berichtet, dass die so genannten „Wohnzimmer-Tests“ von den Apotheken ab März ausgegeben werden sollen. Es sind 5 Stück/Person vorgesehen.

Der Vertreter aus Oberösterreich begrüßt niederschwellige Möglichkeiten zur Testung, wobei die Qualität derartiger Angebote und damit einhergehend deren Aussagekraft zu beachten sind. Er gibt zu bedenken, dass derartige Testungen auch zu einer falschen Sicherheit führen können.

Herzog resümiert, dass das in der 15. Sitzung vom 3.12.2020 formulierte Papier zum Thema Testungen analog der heutigen regen Diskussion wieder aufgegriffen und ggf. aktualisiert werden sollte. Es soll vorab Rücksprache insbesondere mit Siebenhofer-Kroitzsch und Gartlehner gesucht werden, die intensiv an der Erarbeitung des ursprünglichen Papiers mitgewirkt haben.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) gibt zu bedenken, dass Ansteckungen zu großen Teilen auf Superspreader bzw. Superspreading-Events zurückzuführen sind. Eine „häufig-testen-policy“ kann daher nur funktionieren, wenn tatsächlich ein sehr großer Anteil der Bevölkerung hochfrequent getestet wird und wenn aus diesen Testungen Konsequenzen erwachsen. Dies wird von Reich bestätigt.

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs.

Im Burgenland zeigt sich ein Bild, dass die letztwöchige Risikoeinstufung des Burgenlandes bestätigt. Die Inzidenz hat sich um 15 % auf rund 120/100.000 erhöht. Das Burgenland liegt demzufolge wieder klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Die britische Virusvariante nimmt hier bereits einen deutlichen Anteil am Infektionsgeschehen ein. Das Burgenland hebt sich hinsichtlich des Testgeschehens deutlich von den anderen Bundesländern ab und liegt weit über dem Bundesdurchschnitt.

Der Vertreter des Burgenlandes berichtet von einer stetigen Erhöhung der Anzahl von Teststraßen in den Gemeinden. Dieses Angebot wird durch Testbusse ergänzt. Durch die steigende Rate der UK-Variante war die Entwicklung der Situation aus seiner Sicht vorhersehbar.

Auf Nachfrage von Schmid ergänzt der Vertreter aus dem Burgenland, dass rund 500 von 40.000 SchülerInnen nicht an den Eintrittstest in den Schulen teilgenommen haben. Der Vertreter des Bildungsministeriums ergänzt, dass die Compliance generell sehr hoch ist und je nach Bundesland 1-2 % der SchülerInnen nicht an den Testungen teilnehmen. Er sagt zu, entsprechende Statistiken zur Verfügung zu stellen.

Schmid ergänzt, dass im Burgenland bislang 177 Cluster mit der UK-Variante identifiziert wurden.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, ob der Anteil der UK-Variante im Burgenland tatsächlich wie berichtet bereits 80% beträgt. Dies müsste seiner Ansicht nach mathematisch zu einem weitaus höheren als dem beobachteten Fallanstieg führen. Schmid bestätigt dies. Bachner führt aus, dass nur der reine Fallanstieg und nicht die konkreten Clustersettings beobachtet werden. Es müssten u.a. große Cluster separat betrachtet bzw. hier nur der Indexfall inkludiert werden. Der Vertreter aus dem Burgenland bestätigt diese Ausführungen.

In Kärnten hat sich die Situation im Vergleich zur Vorwoche mit einem Anstieg von 6 % ebenfalls verschlechtert. Die Inzidenz liegt bei rund 145/100.000. Besonders auffällig ist der Bezirk Hermagor mit einer Inzidenz von weit über 500/100.000.

Die Vertreterin aus Kärnten berichtet von einem parallel stattfindenden Termin in Bezug auf die Situation im Bezirk Hermagor. Es wird aktuell über den verstärkten Einsatz von Wohnzimmer-Tests in den auffälligen Bezirken diskutiert. Das Systemrisiko im intra- und extramuralen Bereich ist nach wie vor gering.

Auf Nachfrage berichtet Siebenhofer-Kroitzsch von einem geplanten Knowledge-Survey, das unter anderem Gründe für non-Compliance erheben soll. Dies wäre ggf. ein Ansatz, um die Situation in Hermagor zu evaluieren.

Die Situation in Niederösterreich hat sich mit einem deutlichen Wachstum von rund 9 % ebenfalls negativ entwickelt. Die Inzidenz liegt nun bei 120/100.000 und damit wieder deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos. Regional zeigen sich in einzelnen Bezirken sehr deutliche Fallzunahmen von bis zu über 70 %.

Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet von einem großen Cluster in einem Kindergarten, in dem entgegen der gängigen Empfehlungen eine Durchmischung der Kinder und Betreuerinnen stattgefunden hat. Cluster in Pflegeheimen sind rückläufig.

Die Situation in Oberösterreich ist nach einem Fallanstieg von 7 % mit einer Inzidenz von 96/100.000 noch im Bereich des hohen Risikos. Ein beachtlicher Teil der Bezirke verzeichnet aber auch hier ein zunehmendes Fallgeschehen.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet, dass ein Tiefststand der Spitalsbettenbelegung erreicht wurde. Man sieht die aktuelle Situation durchaus kritisch und versucht durch gezielte Interventionen einen weiteren Anstieg zu vermeiden.

Salzburg zeigt entgegen der Bundesentwicklung nach wie vor einen rückläufigen Trend. Die Inzidenz liegt aber mit 126/100.000 weiterhin im Bereich des sehr hohen Risikos.

Der Vertreter aus Salzburg schließt sich den Ausführungen an. Die rezent aufgetretenen Fälle der südafrikanischen Virusvariante werden zudem mit großer Sorge betrachtet.

In der Steiermark liegt die Inzidenz nach einem Anstieg von 5 % bei 129/100.000. Es macht sich ein West-Ost-Gefälle bemerkbar, wobei die Verbreitung der britischen Virusmutation im Osten stärker ist.

Der Vertreter aus der Steiermark bestätigt die Ausführungen. Er verweist darauf, dass der Bezirk Südoststeiermark in den letzten Tagen rückläufige Inzidenzen aufweist. Der Altersdurchschnitt in der Steiermark ist rückläufig und die Krankenhausauslastung gering.

Schmid ersucht die Landessanitätsdirektion der Steiermark, die vertraglich nicht gebundenen Laboratorien hinsichtlich der Varianten-Surveillance zu kontaktieren und einzubinden. Der Vertreter aus der Steiermark sagt zu, dieses Anliegen weiterzuleiten.

Tirol weist nach einem Rückgang von 17 % mit 72/100.000 bundesweit die niedrigste Inzidenz aus. Lediglich in einem Bezirk kam es zu einem Anstieg der Inzidenz. Allerdings liegt der Anteil der südafrikanischen Variante an den Fällen bei rund 26 %. Rezent wurden zudem erste Reinfektionen mit dieser Variante bestätigt. Das Risiko für Tirol ist vor diesem Hintergrund mit Sorgfalt zu bewerten.

Der Vertreter aus Tirol verweist auf eine sehr hohe Testfrequenz im Bundesland. Abseits der südafrikanischen Variante befände man sich jedenfalls auf dem richtigen Weg. Deren Auftreten und die damit einhergehenden Auswirkungen werden nach wie vor sehr kritisch betrachtet.

In Vorarlberg liegt die Inzidenz nach einem merklichen Rückgang von 17 % mit 72 % unter 100/100.000. Bei stabiler Entwicklung könnte Vorarlberg nächste Woche mit hohem Risiko bewertet werden.

Der Vertreter aus Vorarlberg schließt sich den Ausführungen an. Er berichtet eine Prävalenz der britischen Virusvariante von 16 %, wobei Abwasserdaten einzelner Bezirke bereits einen höheren Wert ergeben.

Die Inzidenz in Wien liegt nach einem Anstieg von 14 % mit 124/100.000 wieder klar über der Schwelle von 100. Auch risikoadjustiert ergibt sich ein Wert knapp über 100. Der Anteil der Virusvarianten in Wien hat zudem weiter zugenommen, wodurch die Risikobewertung mit sehr hohem Risiko zu erwägen ist.

Der Vertreter aus Wien berichtet von drei Elementen, die aktuell Einfluss auf die Fallzahlen haben. Der Anteil der britischen Virusvariante liegt in Wien nun bei über 50%, bei einer relativ vollständigen diesbezüglichen Erfassung. Man beobachtet auch erste Effekte der Öffnung. Darüber hinaus verweist der Vertreter aus Wien darauf, dass in Wien und Niederösterreich die Schultests bereits eine Woche früher als in den anderen Bundesländern gestartet haben. Der diesbezügliche Effekt auf die Inzidenz beträgt gemäß eigenen Berechnungen rund 10/100.000. Er ergänzt, dass detektierte Fälle der südafrikanischen Variante überwiegend Auslandsbezug aufweisen, die Anzahl der Fälle ist hier mit nun 13 Fällen relativ stabil. Der Anteil asymptomatischer Fälle beträgt gemäß eigenen Daten rund 48 %, die Aufklärungsrate 74 %, d.h. es gelingt aufgrund des breiten Testangebotes gut, Fälle aufzufinden und diese auch abzuklären. Der Vertreter aus Wien hält in der laufenden Woche eine Einstufung mit hohem Risiko grundsätzlich für vertretbar, merkt jedoch an, dass sich die Situation in Wien in der nächsten

Woche wohl weiter verschärfen wird. Er weist weiters darauf hin, dass laut den Schlussfolgerungen im heute ausgesandten Kurzbericht zum Monitoring der COVID-19 Schutzmaßnahmen für andere Bundesländer teilweise sehr hohe Mutationsanteile angeführt sind, was sich in der Fallzahlenentwicklung bislang aber nicht widerspiegelt; er regt an dies genauer zu betrachten.

Schmid führt aus, dass SchülerInnen, die in der ersten Schulwoche positiv getestet wurden, sich wohl noch im Haushaltssetting angesteckt haben und somit Hinweise auf Haushaltscluster geben.

Die Situation in Österreich ist mit einem leichten Anstieg von 3 % mit einer Inzidenz von 114/100.000 wieder klar im Bereich des sehr hohen Risikos.

Herzog fasst zusammen, dass Österreich und alle Bundesländer mit Ausnahme von Oberösterreich mit sehr hohem Risiko einzustufen wären. Oberösterreich ist mit hohem Risiko zu bewerten. Von Seiten des Landes Wien gibt es keinen Gegenantrag zur Einstufung Wiens mit sehr hohem Risiko.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Bundesland: Oberösterreich

Risikostufe: hohes Risiko

Stimmenthaltung: BKA

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

Bundesland: Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Stimmenthaltung: Wien

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Es wird sowohl die Risikoeinstufung als auch eine Zusammenfassung der Ausführungen zur aktuellen Situation angeführt. Es wird ausgewiesen, wie viele Bezirke in Summe in der rohen Inzidenz unter 50/100.000 bzw. 100/100.000 liegen.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschober noch heute an die APA und anschließend an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt.

→ *siehe Anhang 6: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_18022021_APA*

Herzog referiert die Schlussfolgerungen des Kurzberichtes zur Maßnahmenbewertung, der vor der Sitzung ausgeschickt wurde. Die Schlussfolgerungen wurden aktualisiert und spiegeln die aktuellen Entwicklungen wider. Die Textierungen sind weitgehend deckungsgleich mit jenen der APA-Meldung, hier sind allerdings weiterführende Informationen angeführt.

Der Kurzbericht soll wie gewohnt auf der Website der Corona-Ampel veröffentlicht werden.

→ *siehe Anhang 7: Kurzbericht Maßnahmenbewertung 2020-02-18*

Die Beschlussgrundlage, die in der Sitzung um rezente Daten zur Prävalenz der Virusvarianten ergänzt wurde, wird gezeigt. Hervorgehoben wird die Textierung für Tirol mit Hinweis auf die südafrikanische Variante sowie für gesamt Österreich, wo ebenfalls die Situation hinsichtlich der Virusvarianten erläutert wird. Diese Unterlage wird heute an die Landeshauptleute übermittelt.

→ *siehe Anhang 8: Empfehlung der Corona-Kommission 26. Sitzung_18022021*

4. Berichte

Herzog berichtet, dass die Aktualisierung der Geschäftsordnung noch nicht abgeschlossen wurde. Nach einer Abstimmung mit HBM Anschober soll die Geschäftsordnung voraussichtlich nächste Woche vorgelegt werden.

Aktualisiertes Manual (Version 3.0)

Zum aktualisierten Manual, das Anfang der Woche verschickt wurde, sind zwei Rückmeldungen eingegangen. Diese beziehen sich primär auf redaktionelle Änderungen und sollen entsprechend umgesetzt werden. Insbesondere die Referenzen sollen nochmals geprüft und ggf. korrigiert bzw. aktualisiert werden.

Ansonsten sind alle beschlossenen Anpassungen am Manual entsprechend umgesetzt worden.

Es gibt keine weiteren Anmerkungen zum Manual. Dieses soll wie besprochen fertiggestellt und so veröffentlicht werden.

Herzog weist darauf hin, dass bislang stets am Mittwoch das Arbeitsdokument mit Datenstand Dienstag 24 Uhr erstellt und übermittelt wurde. Am Tag der Sitzung wurde dann ein aktualisiertes Dokument mit Datenstand Mittwoch 24 Uhr erstellt und gezeigt. Würde man den Beratungen künftig die Daten von Dienstag zugrunde legen, könnten die in der Sitzung gezeigten Dokumente früher fertiggestellt und vor der Sitzung ausgeschickt werden, um mehr Vorbereitungszeit einzuräumen.

Der Vorschlag, künftig den Datenstand Dienstag 24 Uhr zu verwenden wird von Seiten des Vertreters aus Wien unterstützt, da es die Vorbereitung auf die Sitzung wesentlich erleichtern würde, zumal die in der Sitzung gezeigten Dokumente derzeit idR ad hoc beurteilt werden müssen. Es gibt keine gegenteiligen Meinungen der Kommissionsmitglieder, die Sitzungsdokumente werden künftig mit

Datenstand Dienstag 24 Uhr erstellt. Der Meldezeitpunkt für die Daten bleibt davon unberührt, die Meldungen der Länder erfolgen sohin weiterhin bis Mittwoch Früh.

Darüber hinaus schlägt Herzog vor, künftig nicht 3 parallele Dokumente (Kurzbericht, Empfehlung und APA-Meldung) vorzubereiten und zu verabschieden, sondern diese Informationen in ein gemeinsames APA-taugliches-Dokument zu kondensieren.

Im Vorlauf der nun regelmäßig stattfindenden 14-tägigen Gespräche der Landeshauptlaute und der politischen Parteien soll künftig eine vertiefte Analyse angestellt werden, die neben bekannten Parametern u.a. auch einen Überblick zu europaweiten Entwicklungen enthält. Ein diesbezüglicher Vorschlag soll den Kommissionsmitgliedern nach Abschluss der Vorbereitungsarbeiten im BMSGPK in Kürze zugeschickt werden.

Bericht zur regionalen Kontrolle (Hochgerner)

Hochgerner (OÖ) berichtet, dass die Erfahrungen in Oberösterreich gezeigt haben, dass regionale Maßnahmen ein wesentlicher Faktor im Zuge der Bekämpfung der Pandemie waren. Unterschiede im Ausbruchsgeschehen machen es notwendig, regional bzw. lokal zu agieren, insbesondere in Bezug auf Kontrolle.

Wöchentlich werden in Oberösterreich Analysen zu regionalen Hot-Spots vorgenommen. Alle Bezirke mit Inzidenzen von über 150/100.000 sind zu einem Reporting aufgerufen. Im Zuge einer Voranalyse werden Auffälligkeiten, die sich gut erklären lassen (z.B. große Familiencluster), ausgeschieden. Dort wo sich die Situation so nicht erklären lässt und auch nicht innerhalb angemessener Zeit entspannt, werden lokal (polizeiliche) Kontrollen verstärkt und Ursachenforschung betrieben (z.B. durch Einbindung der Bürgermeister). Mittels Kontrollen lassen sich sowohl einzelne Missstände aufdecken, als auch eine präventive Wirkung im Sinne der Abschreckung erreichen.

Es wird betont, dass es sich hier um einen klaren Managementprozess handelt, der die weiteren Tätigkeiten der lokalen Gesundheitsbehörden unterstützt.

Auf Nachfrage von Herzog führt der Vertreter aus Oberösterreich aus, dass in Abhängigkeit zur individuellen Persönlichkeit die Reaktionen auf die gesetzten Maßnahmen unterschiedlich ist. Die Ursachenforschung wird nicht an jeder Stelle begrüßt, sie erweist sich aber als sehr effektiv.

Laufende Evaluierung der Maßnahmen (BMSGPK)

Seitens der GÖG wird 14-tägig ein auf Berichten der Botschaften beruhender Bericht zum Vergleich von Maßnahmen im europäischen Raum erstellt. Dieser wird dem Protokoll beigelegt und könnte künftig regelmäßig der Kommission zur Verfügung gestellt werden. Es wird darauf hingewiesen, dass das Berichtsdesign aktuell überarbeitet wird.

Strauß (BMSGPK) präsentiert eine auf dieser Basis erstellte ppt-Präsentation. Diese wurde ergänzt um 7-Tages-Inzidenzen sowie Informationen zur Prävalenz der Virusvarianten. Es zeigt sich, dass in zahlreichen Staaten nach wie vor restriktive Maßnahmen gelten. Wenige Staaten haben bereits Lockerungsschritte gesetzt. Die Verbreitung der Virusvarianten nimmt überwiegend zu. Es zeigen sich Anteile von bis zu 74 %.

- ➔ *siehe Anhang 9: PPT_ZH Virusvarianten Maßnahmensetzung 18_2_2021 STRAUSS_MAYRHOFER*
- ➔ *siehe Anhang 10: Zusammenfassung_update_int_Maßnahmen_170221*

Antigenselbsttests an Schulen (BMBWF)

Pasterk (BMBWF) berichtet von den Ergebnissen der bislang durchgeführten Antigenselbsttests an Schulen. In Kalenderwoche 6 wurden 513.000 Tests durchgeführt. 211 Tests waren positiv, wobei sich rund 80% davon im nachfolgenden PCR-Test bestätigten.

Für Kalenderwoche 7 wurden insgesamt 1,287 Millionen Tests durchgeführt, wobei die Positivitätsrate bei LehrerInnen mit 0,14% deutlich höher war als bei SchülerInnen mit 0,03%.

Es nehmen zwischen 98 und 99 % der SchülerInnen an den Testungen teil. Die Testung ist Voraussetzung für die Teilnahme am Präsenzunterricht. Im Volksschulbereich war die Testung zu Beginn organisatorisch herausfordernder, generell sind die Erfahrungen bislang aber sehr positiv.

Die Teilnahme an den Testungen ist für LehrerInnen freiwillig, wodurch die Teilnehmerate hier geringer ist. Die Testteilnahme entbindet die LehrerInnen für eine Woche vom Tragen der FFP2-Maske während des Unterrichts.

Schmid betont, dass eine möglichst hohe Compliance der LehrerInnen bei möglichst hoher Testfrequenz wünschenswert wäre, da bisherige Analysen gezeigt haben, dass Cluster im Bildungsbereich insbesondere bei jüngeren Kohorten überwiegend durch Lehrpersonal ausgelöst wurden. Auch die Daten der Testwoche 7 bestätigen diese Beobachtungen.

Der Vertreter aus Oberösterreich betont, dass die Schultestungen aktuell wohl die einzige Methode sind, die bundesweit einheitlich durchgeführt werden. Dies ermöglicht wohl einen besonders guten Einblick in Inzidenzen und Prävalenzen der Bundesländer. Auffallend ist, dass Bevölkerungstestungen höhere Prävalenzen ergeben.

Diese Ausführungen werden von Pasterk insofern bestätigt, als dass bislang österreichweit derselbe Test verwendet wurde. Nun muss aber aus Kapazitätsgründen auf weitere Tests ausgewichen werden, wobei versucht wird, bundesweit je Alterskohorte dieselben Tests einzusetzen.

Schmid ergänzt, dass in Wien und Niederösterreich eine Validierung von Nasenvorhof-Testungen stattfinden wird. So soll deren Sensitivität nochmals analysiert und bestätigt werden.

Pasterk sagt zu, die gezeigten Auswertungen in den nächsten Wochen regelmäßig vorzulegen.

➔ *siehe Anhang 11: Tests im Bildungsbereich KW0607*

Der Vertreter aus Wien zitiert einen Medienbericht, wonach sich die EU-Staaten auf eine Liste von 16 Antigen-Schnelltests geeinigt hätten, deren Ergebnisse in allen Ländern anerkannt werden sollen. Auch sollen demnach Testbestätigungen künftig zweisprachig erfolgen (in der jeweiligen Landessprache und in Englisch). Er ersucht um nähere Informationen zu diesen Entwicklungen.

Schmid ergänzt, dass die diesbezügliche Liste des ECDC möglichst bald zur Verfügung gestellt werden soll. Benka sagt zu, hier Erkundigungen anzustellen.

5. Weitere Vorgehensweise

- 27. Sitzung mit Empfehlung: 25.02.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

22. Sitzung Corona-Kommission

[per 23. Sitzung am 28.01.2021] korrigiertes Ergebnisprotokoll 21.01.2021, 14:00-17:00

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 22. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 21012021_Anwesenheitsliste_22. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmung 18 von 20 stimmberechtigten Mitgliedern anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 21. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 21. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

Es kam auch zu einer Korrektur der Anwesenheitsliste, die in der korrigierten Form im Vorfeld der Sitzung ausgeschickt wurde.

→ siehe Anhang 2: 14012021_Corona Kommission_21. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Das Land Wien bedankt sich für die stets rasche Fertigstellung und Aussendung der Protokolle.

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Zum TOP aktuelle rechtliche Vorhaben wird Hausreither (BMSGPK) hinzugezogen. Dieser TOP wird sich aufgrund einer Terminüberschneidung verzögern und daher wird TOP 4 vorgezogen.

Der Vertreter aus Oberösterreich verweist auf die medial kolportierte Frage, ob Priorisierungen im Rahmen bisheriger Impfungen korrekt eingehalten wurden. In Oberösterreich wurde dieser Frage nachgegangen, eine Individualprüfung scheint aber nicht durchführbar, insbesondere da hierfür keine entsprechende Rechtsgrundlage vorliegt. Man ersucht, für den Fall, dass eine Individualprüfung vorgesehen ist, eine entsprechende Rechtsgrundlage zu nennen bzw. zu schaffen.

Reich (BMSGPK) berichtet, dass zur Plausibilisierung ein Abgleich von Gesamtzahlen ausreichend ist. Wartelisten sollen geführt, aber möglichst simpel gehalten werden. Eine Priorisierung soll primär auf Basis des Alters erfolgen. Es sollte im Sinne eines Nachweises dokumentiert werden, ob und wie oft eine Person auf der Liste kontaktiert wurde. Ist nach Abarbeitung der Warteliste noch Impfstoff vorhanden, muss vor Ort über die Verimpfung entschieden werden. Oberste Prämisse ist, dass kein Impfstoff verworfen wird. Eine etwaige stichprobenartige Überprüfung sollte durch Landesbehörden und nicht durch den Bund erfolgen.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Oberösterreich berichtet Reich, dass Wartelisten alle in der ersten Priorisierung genannten Gruppen umfassen und das Alter nicht das einzige Reihungskriterium ist. Gesundheitspersonal, das nicht über den eigenen Betrieb bereits gelistet ist, kann auf Wartelisten gesetzt werden. Erfahrungsgemäß ist es zielführend, Wartelisten mit jenen Personen zu besetzen, die nicht anderweitig priorisiert bzw. gelistet werden.

Der Vertreter aus Oberösterreich hinterfragt nochmals die Rechtsgrundlage für die Kontrolle der Listen. Es wird hier auf Hausreither verwiesen.

Der Vertreter aus Tirol merkt an, dass es nicht zielführend erscheint, zusätzlichen bürokratischen Aufwand zu schaffen. Er schlägt vor, Plausibilitätskontrollen primär auf die Zuweisung von Mengen bei der Bestellung zu konzentrieren.

Der Vertreter aus Vorarlberg betont, dass sich Anstrengungen primär auf die Impfl Logistik selbst und nicht auf Kontrollen konzentrieren sollen. Diese Meinung wird vom Vertreter aus Oberösterreich unterstützt, der zudem anmerkt, dass eine Priorisierung nach Alter in der Praxis nicht praktikabel erscheint.

Reich betont, dass die Empfehlung zur Priorisierung von Seiten der Länder erwünscht war, darum wurde diese nach Alter vorgenommen. Es handelt sich aber um eine Empfehlung.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) berichtet von den massiven Anstrengungen in Wien, die u.a. darin mündeten, dass teilweise bis 3 Uhr früh geimpft wurde, um den Impfstoff möglichst gut zu verwenden. Ein administrativer Overhead würde die intensiven Bemühungen in der Praxis konterkarieren.

3. Bericht zu den aktuellen rechtlichen Vorhaben (nachgereichter TOP)

Hausreither (BMSGPK) berichtet in Bezug auf rechtliche Entwicklungen vom heutigen Hauptausschuss des Nationalrates. Die 3. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung wurde mehrheitlich angenommen. Die im Zuge der Anhörung der Kommission zu dieser Verordnung eingegangenen Stellungnahmen wurden dem BMSGPK übermittelt, eine Zusammenfassung wird dem Protokoll beigelegt.

→ *siehe Anhang 3: 3. NotMV_Rückmeldungen_20012021*

Die Änderungen des Epidemiegesetzes und COVID-Maßnahmegesetzes sind mit dem heutigen Tag in Kraft getreten.

Eine Novelle der Einreiseverordnung sowie eine Novelle der Landeverbotsverordnung befinden sich in Erarbeitung.

Eine Punktation wesentlicher Änderungen durch die genannten Rechtsgrundlagen liegt dem Protokoll bei.

→ *siehe Anhang 4: BMSGPK_Punktation_neue rechtliche Maßnahmen*

Innerhalb der nächsten 10 Tage wird die Kommission nochmals in Hinblick auf die Verlängerung der Notmaßnahmenverordnung angehört werden.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien bestätigt Hausreither, dass die in der Anhörung beigelegte Anlage aus der 3. COVID-Notmaßnahmenverordnung gestrichen wurde. Der Vertreter aus Wien verweist weiters auf die in der aktuellen Änderung der Bundesabgabenordnung sowie im Epidemiegesetz vorgesehenen Regelungen in Hinblick auf Selbsttestung. Er hinterfragt, inwiefern hier die berechnete Abwesenheit vom Dienst zwischen positivem Selbsttest und Nachttestung

organisatorisch umgesetzt werden kann (Erfordernis einer Bestätigung bzw. Bescheidausstellung). Diese Frage soll laut Hausreither in der AG der Länderjuristen als zuständiges Gremium behandelt werden.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von der vorhergehenden Diskussion, dass eine nachprüfende Beurteilung der Impffreiheitsfolge von Seiten mehrerer Bundesländer kritisch gesehen wird. Eine Plausibilisierung könnte allenfalls auf Basis von Mengen vorgenommen werden. Die Nachprüfung von Einzelfällen durch Gesundheitsbehörden sei aber weder verwaltungsökonomisch realistisch leistbar, noch werde dafür eine Rechtsgrundlage gesehen. Es wird das BMG diesbezüglich um Klarstellung ersucht, sofern doch rechtliche Grundlagen etwa für die Erhebung personenbezogener Daten durch die Gesundheitsbehörde und entsprechende Einzelfallnachprüfung hins. der Einhaltung der empfohlenen Priorisierung gesehen werden. Hausreither bestätigt diese Sichtweise und bekräftigt, dass überschießende Bürokratie grundsätzlich abzulehnen ist.

Der Vertreter aus Wien betont, dass in Wien ab kommendem Montag der Vollbetrieb der Berufsgruppentestungen anläuft. Es ist wesentlich, etwaige im Zuge dieser Testungen automatisch generierte Bestätigungen von Gebietskörperschaften den Befunden von Laboren gleichzustellen. Die in den Ländern aufgesetzten Prozesse sind im wesentlichen SMS und E-Mail basiert sowie standardisiert automatisch generiert. Offen ist auch, wie der erforderliche Nachweis bei Testungen in Betrieben erfolgen soll. Hausreither erläutert, dass hier insbesondere die Frage der Zuordenbarkeit unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu klären ist.

Hausreither spricht den Mitgliedern der Kommission abschließend ihren Dank für die sehr wertvollen Rückmeldungen im Zuge diverser Anhörungen aus.

4. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung (vorgezogen)

Herzog nimmt Bezug auf die letzte Sitzung, in der die Risikobewertung nur auf Bundesebene vorgenommen wurde. Vor dem Hintergrund der laufenden Arbeiten an der Risikoadjustierung soll vorerst keine Risikoeinstufung auf Bezirks- und Bundeslandebene auf Basis des in Diskussion stehenden Regulativs vorgenommen werden. Selbstverständlich werden die zugrunde liegenden Daten und Indikatoren weiterhin zur Verfügung gestellt und veröffentlicht, lediglich die eigentliche Empfehlung würde auf das Staatsgebiet fokussiert. Dies soll in der APA-Meldung zur Sitzung entsprechend erläutert werden. In Vorbereitung der heutigen Sitzung wurde analog dazu nur ein Vorschlag zur Einstufung Österreichs gesamt vorgenommen und ausgeschickt.

Herzog berichtet von laufenden Abstimmungen auf politischer Ebene, in denen auch die Situation und das weitere Vorgehen in der Kommission thematisiert wurden. HBM Anschöber ersucht die Kommission, entsprechend der veränderten Rahmenbedingungen eine Neubewertung und Adaptierung der Risikoadjustierung vorzuschlagen.

Der Vertreter aus Wien merkt an, dass Verständnis für das Bestreben nach einem möglichst einheitlichen Vorgehen besteht, nicht jedoch für die nun gewählte Vorgehensweise, geltende Regeln auszusetzen, während an deren Neuformulierung gearbeitet wird. Wien erkennt in diesem Zusammenhang aber die bestehende Mehrheit des Bundes im Gremium an und wird aus diesem Grund in der heutigen Sitzung keinen Antrag auf Bewertung von Wien als Region mit hohem Risiko stellen.

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums einschließlich erster Schlussfolgerungen zur neuen britischen Virus-Mutante. Auch in der laufenden Woche liegen leider noch keine validen Daten zur Verbreitung der neuen Mutante(n) vor. Es ist zwar bekannt, dass die britische Variante bereits Verbreitung in Österreich gefunden hat, aber nicht, wie weit die Verbreitung

schon gediehen ist. In Wien gibt es Berichte, wonach rund 14 % der Fälle in den Teststraßen der Mutation zuzurechnen sind. Hinweise auf Salzburg deuten auf eine höhere Verbreitung hin. Es gibt erste Hinweise, dass die Transmissibilität der britischen Mutante in ersten Quellen ggf. etwas überschätzt wurde. Auf Basis dieser Unsicherheiten wurden zwei Varianten der Prognose berechnet. Die Variante unter Einbeziehung der Auswirkungen der neuen Mutante liegt lediglich um rund 70 Fälle/Tag über dem Basisszenario. Dies ist dem kurzen Prognosezeitraum geschuldet. Längerfristige Simulationen zeigen auch unter den derzeitigen Lockdown-Bedingungen dramatische exponentielle Anstiege, die sich nach einem Rückgang der Fallzahlen über einem Zeitraum von rund 2-3 Wochen einstellen. Beobachtungen aus dem Ausland zeigen aber, dass einschneidende Maßnahmen auch gegen die neuen Varianten wirken und sich z.B. in Irland und UK durch den harten Lockdown nunmehr ein Rückgang der Fallzahlen einstellt.

Auf Nachfrage von Wien bestätigt Bachner, dass das prognostizierte Fallzahlenaufkommen mit wenigen Ausnahmen in etwa die Bevölkerungsverteilung abbildet. Im Detail ergeben die Prognoseergebnisse einen Rückgang der ICU-Auslastung auf rund 12 %. Man nähert sich somit weiter der Marke von 10 % aller Intensivbetten an, wobei einige Bundesländer diese Schwelle bereits unterschritten haben.

→ *siehe Anhang 5: TOP 4 Prognose*

Der Vertreter aus Wien fragt in Bezug auf die gezeigten Szenarien zu den Auswirkungen der Mutanten nach, ab welchem Zeitpunkt die mutierten Viren in etwa dieselbe Verbreitung haben werden, wie die aktuell vorherrschende Variante. Bachner verweist hier auf die gezeigten Folien, die dies simulieren.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) berichtet, dass in Wien Proben aus einem zufällig gewählten Sample mittels Screening-PCR-Testungen auf das Vorhandensein einer B.1.1.7-Mutation untersucht wurden. Alle Proben wurden anschließend der Sequenzierung zugeführt. Die detektierte Prävalenz betrug 12,2 % (95% KI 9,6-15,3). Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) erkundigt sich zu Daten ähnlicher Untersuchungen aus den anderen Bundesländern und ersucht um diesbezügliche Diskussion in der heutigen Sitzung.

Ein vom stellvertretenden Mitglied aus Wien (Dr. Binder) gezeigtes rezentes Dokument der Europäischen Kommission (Communication "A united front to beat COVID-19", 19.01.2021) postuliert, dass in Österreich bisher keine Sequenzierungen durchgeführt wurden, was berichtet werden sollte. Benka (BMSGPK) berichtet, dass das BMSGPK Anfang der Woche Kenntnis vom gezeigten Dokument erhalten hat. Die fehlerhafte Datenmeldung wurde primär durch Schwierigkeiten in der Logistik hervorgerufen, dies soll in Abstimmung mit Bergthaler behoben werden. Auf Basis der vorliegenden Daten wird davon ausgegangen, dass sich Österreich in Bezug auf Sequenzierungen im europäischen Vergleich im ersten Drittel aller Länder befindet.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, was der Fokus der Sequenzierung ist. Für die Frage der Verbreitung des Virus im Sinne von Prognoserechnungen scheint die Detektion mittels Screening-PCR, wie von Wien vorgenommen, ausreichend. Die Sequenzierung wäre primär für die Detektion weiterer Mutationen, wie jüngst etwa in Garmisch-Partenkirchen, zielführend.

Aberle bestätigt, dass Sequenzierungen primär dafür notwendig sind, neue Mutationen zu erfassen. Screening-PCR-Testungen zeigen in der Regel ausreichend klar, ob die britische Variante vorliegt. Zum Verdacht einer Virusmutation in Garmisch-Partenkirchen kann Aberle auf Nachfrage noch keine Aussage treffen.

Schmid (AGES) zeigt Gemeinsamkeiten und Unterschiede der 3 aktuell im Fokus stehenden Mutationen auf. Alle drei Varianten weisen die Mutation N501Y auf. Die Logistik einer systematischen

Suche ist österreichweit noch nicht vollständig ausgerollt. Bisherige Analysen beziehen sich primär (rd. 90% aller Proben) auf den Zeitraum ab 10.1.2021. Auswertungen sind daher einem Bias unterworfen. Daten für das Burgenland geben Hinweise auf eine Prävalenz der neuen Mutationen von rund 15 %.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) betont die Notwendigkeit einer nationalen, vorausschauenden Surveillance in Bezug auf Mutationen und stellt die Frage, ob derartige Programme in Österreich geplant sind. In Wien wurde beschlossen, die aktuellen Untersuchungen fortzuführen. Herzog bestätigt die Notwendigkeit der Surveillance.

Allerberger (AGES) berichtet, dass die Kooperation mit der Stadt Wien aus seiner Sicht suboptimal scheint. Er betont, dass seitens der AGES bereits sehr früh mit Sequenzierungen begonnen wurde. Er ersucht die Stadt Wien um kooperative Zusammenarbeit. Herzog ersucht um bilaterale Klärung.

Der Vertreter aus Wien merkt an, dass Wien bereits vor Weihnachten eine Verpflichtung zu Tests bei Einreise nach Österreich vorgeschlagen hat. Dies wurde bislang nicht umgesetzt. Er ergänzt, dass das BMSGPK laut Medienberichten eine schrittweise Umstellung der Bundesländer auf erweiterte PCR-Tests, die auch Mutationen untersuchen, anstrebt. Wien habe hier bereits eigene Maßnahmen getroffen. Er verweist nochmals auf das Dokument der Europäischen Kommission, in dem für Österreich keine Sequenzierungen dokumentiert sind. Ziel der europäischen Kommission sei es, 5-10 % der entsprechenden Proben zu sequenzieren. In Deutschland wurde dies auf dem Verordnungsweg geregelt. Der Vertreter aus Wien hinterfragt, wie die oberste Gesundheitsbehörde mit dieser Situation umgeht. Herzog ersucht darum, Themen in den jeweils dafür zuständigen Gremien zu behandeln. In diesem Fall ist dies eindeutig nicht die Corona-Kommission. Er stellt darüber hinaus klar, dass die Referenzzentrale für die Virusmutation nicht die AGES sondern das Zentrum für Virologie der Medizinischen Universität Wien ist. Etwaige entstandene Unstimmigkeiten sollten unter Beiziehung der jeweils Beteiligten bilateral ausgeräumt werden. Er ist gerne bereit, dem Wunsch nachzukommen, die Bedeutung der Surveillance von Mutationen bei der Einreise an die entsprechenden Stellen heranzutragen.

Heinz (MUW) gibt zu bedenken, dass der Aufbau und die Logistik der nationalen Surveillance einer entsprechenden rechtlichen Grundlage bedarf.

Reich erläutert, dass die Vorselektion von Mutationen einfach und kostengünstig mittels speziellem Primer (Screening-PCR) erfolgen soll. So sollen positive Proben der Vollsequenzierung zugeführt werden. In intensiver Zusammenarbeit mit allen Bundesländern sollen zunächst alle großen Referenzlabore in die Vorselektion eingebunden werden. Eine entsprechende Weisung an die Länder durch den Bundesminister soll in den nächsten Tagen ergehen.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) gibt zu bedenken, dass nicht nur nach bekannten Mutationen gesucht, sondern das Augenmerk auch auf neue Mutationen gerichtet werden soll. Der Aufbau einer entsprechenden Logistik sei sehr aufwändig. Rund ein Jahr nach Beginn der Pandemie sollte aus seiner Sicht nun unbedingt eine vorausschauende Surveillance etabliert werden und er ersucht die anwesenden Sektionschefs des BMSGPK um entsprechende Unterstützung.

Allerberger ersucht mit Verweis auf einen Einzelfall in Wien um das Etablieren von Regelungen zum Umgang mit detektierten Mutationsfällen. Die Vertreterin aus Wien berichtet, dass der erwähnte Fall in Wien unter ständiger Observanz steht und alle notwendigen Maßnahmen ergriffen wurden.

Schmid ergänzt abschließend, dass ab kommender Woche im EMS für alle SARS-CoV-2-diganostizierenden Laboratorien die Möglichkeit implementiert wird, das Ergebnis einer etwaigen Sequenzierung einzugeben.

Schmid berichtet von einer Analyse in Bezug auf das Bundesland Salzburg. Nachdem im Bezirk Sankt Johann im Pongau über Abwasseranalysen der britische Virusstamm nachgewiesen wurde, hat man die zugehörigen Gemeinden analysiert. Ursprünglich gab es hier keine Fälle der neuen Mutante, in der letzten Probe vom 3.1. sind aber bereits 50 % dieser Variante zuzurechnen. Es lassen sich keine kausalen Zusammenhänge ableiten, in der rohen Inzidenz ist eine sehr heterogene Entwicklung der einzelnen Gemeinden zu beobachten.

Es kommt zum Bericht zur aktuellen epidemiologischen Situation. Ab der zweiten Jännerwoche kommt es nach einer vorübergehenden Plateaubildung nun zu einem tendenziellen Rückgang der Fallzahlen. Der Anteil der geklärten Fälle steigt sukzessiv an und liegt auch für KW 2 bereits bei über 50 %. Der Anteil der Fälle im Setting Freizeit nimmt stetig ab. R_{eff} liegt am 19.1. bei 0,87 und nähert sich dem kolportierten, für eine Verhinderung des exponentiellen Wachstums durch die britische Variante günstigen, Wert von 0,8. Schmid avisiert eine spezifische Analyse für Cluster in Alten- und Pflegeheimen, die dem Protokoll beigelegt wird. Zwei Analysen der AGES für unter 25jährige und über 65jährige werden aufgrund der Dateigröße darüber hinaus ergänzend im Webtool zur Verfügung gestellt.

- siehe Anhang 6: Ampel_slides_2021-01-07
- siehe Anhang 7: APH_2021-01-21

Der Vertreter aus Wien hinterfragt, ob auf Basis der gezeigten Analysen der aktuelle Lockdown bis zum Sommer aufrecht erhalten werden müsste, um R_{eff} stets unter 0,8 zu halten, und ob dies immer schwieriger werde, da ein Austausch der Stämme erfolge. Schmid repliziert, dass dieser Wert als Ausgangspunkt angesetzt wurde, um die Pandemie trotz der neuen Mutation im Griff zu behalten. Bachner verweist darauf, dass zudem durch die parallelen Impfungen ein zusätzlicher positiver Effekt zu erwarten ist.

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs.

Bachner führt aus, dass im gestern verschickten Arbeitsdokument alle bekannten Indikatoren enthalten sind, ein Vorschlag zur Risikobewertung wurde aber wie bereits erläutert nur auf Bundesebene gemacht. Er betont, dass die gemeldeten Testzahlen nach wie vor sehr heterogen sind und große Sprünge aufweisen und daher zum Teil geglättet werden mussten. Die rohe 7-Tages-Inzidenz ist österreichweit um 14 % auf 117,2 gesunken. Wenige Bundesländer haben bereits die Schwelle von 100/100.000 unterschritten.

Die Inzidenz im Burgenland war durchwegs rückläufig und liegt bei 104/100.000. Mehrere Bezirke weisen eine rohe Inzidenz von unter 100/100.000 auf.

Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet von keinen wesentlichen Änderungen der Situation. In Alten- und Pflegeheimen wird massiv getestet. Ein Cluster der neuen Virusmutation ist aufgetreten und es gibt große Anstrengungen, diesen einzugrenzen.

Auch in Kärnten ist die Entwicklung mit einem Rückgang von 17 % erfreulich. Die rohe Inzidenz liegt mit 148/100.000 über dem Bundesdurchschnitt. Drei Bezirke liegen in der rohen Inzidenz bereits unter der Schwelle von 100/100.000. Es ist kein Vertreter aus Kärnten anwesend.

Nach einer sehr erfreulichen Entwicklung über die letzten Wochen liegt die Inzidenz in Niederösterreich mit 121/100.000 knapp am Bundesdurchschnitt. Auffallend sind zunehmende

Inzidenzen in mehreren Bezirken. Dem gegenüber liegen nach wie vor mehrere Bezirke bereits im Bereich des hohen Risikos.

Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet zum Bezirk Zwettl von drei betroffenen Firmen sowie einem Cluster im Landesklinikum und mehreren Familienclustern. Die anderen Bezirke mit steigendem Trend scheinen weitgehend unauffällig, es wurden mehrere Firmencluster beobachtet. Schmid betont, dass für die KW 53 und 1 bereits über 80 % der Fälle Clustern zugeordnet werden konnten.

Oberösterreich hat sich mit einem Rückgang von 17 % sehr günstig entwickelt und erreicht eine Inzidenz von 107/100.000. Mehrere Bezirke liegen in der rohen Inzidenz unter der Schwelle von 100/100.000. Einzig in Wels Stadt kam es zu einer deutlichen Zunahme der Fallzahlen.

Der Vertreter aus Oberösterreich erläutert, dass man die Lage trotz der positiven Entwicklung kritisch sieht und sich einer durchgängigen Bewertung mit sehr hohem Risiko anschließt. Gemeinden, die über längere Zeit auffällig sind, werden verstärkten Kontrollen unterworfen und sollen auch mittels Sequenzierung auf das Vorhandensein von Mutationen überprüft werden.

Die rohe Inzidenz in Salzburg ist nach wie vor im Bundesvergleich am höchsten und liegt bei über 200/100.000. Der Rückgang über die letzten 14 Tage betrug 19 %.

Die Vertreterin aus Salzburg ergänzt, dass bereits Fälle der britischen Mutante bestätigt wurden. Auch über Abwasseranalysen wurden diesbezügliche Verdachtsfälle aufgeworfen. Auf Basis von Voruntersuchungen wurden in allen Bezirken bis auf Zell am See bereits Verdachtsfälle für die neuen Mutationen identifiziert. Ein großer Skilehrer-Cluster ist rezent aufgetreten.

Die rohe Inzidenz der Steiermark beträgt nun 101/100.000. Es wurden durchwegs Rückgänge in der Inzidenz verzeichnet, wobei einige Bezirke in der rohen Inzidenz bereits unter 100/100.000 liegen.

Die Vertreterin aus der Steiermark berichtet, dass die Fallzahlen in Alten- und Pflegeheimen deutlich zurückgegangen sind. Nach wie vor sind 47 Heime betroffen. Es wurden bereits Fälle der britischen Variante bestätigt, wobei hier das Contact-Tracing intensiviert wird. Kontaktpersonen der Kategorie 1 werden nun ausnahmslos getestet.

Schmid ergänzt, dass die Abklärungsquote in der Steiermark nach wie vor sehr gering ist. Vor dem Hintergrund des Nachweises der Virusmutation sollten die diesbezüglichen Anstrengungen nochmals intensiviert werden. Die Vertreterin aus der Steiermark sagt zu, dies entsprechend weiterzugeben. Herzog ersucht in der nächsten Sitzung diesbezüglich um neuerlichen Bericht.

Wie bereits in der Vorwoche, war die Entwicklung in Tirol mit einem Rückgang von 24 % sehr positiv. Die rohe Inzidenz liegt bereits unter 100/100.000. Mehrere Bezirke liegen in der rohen Inzidenz ebenfalls unter dieser Marke.

Der Vertreter aus Tirol ist erfreut über die berichtete Entwicklung.

Auch in Vorarlberg ist der Trend rückläufig, wenn auch geringer als in anderen Bundesländern. Die rohe Inzidenz ist mit 146/100.000 nach wie vor deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Lediglich in der Region Großes Walsertal liegt die rohe Inzidenz unter 100/100.000.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet von sehr ähnlichen Tendenzen und Entwicklungen im benachbarten Ausland. In Bezug auf die Region Klostertal/Arlberg verweist er primär auf Personen mit Zweitwohnsitz in dieser Region. Es wurden vermehrt Unfälle im Haushalts- und Freizeitbereich verzeichnet, die die stationären Kapazitäten belasten. Man ist vor diesem Hintergrund froh über die erfreuliche Entwicklung beim Belag durch COVID-PatientInnen.

Schmid berichtet von Diskrepanzen zwischen dem Dashboard aus Vorarlberg und jenem der AGES, die auf technische Unstimmigkeiten zurückzuführen waren. Diese sind nun ausgeräumt.

Der positive Trend in Wien hat sich fortgesetzt. Die rohe Inzidenz liegt nun bei 98/100.000, die risikoadjustierte Inzidenz ebenfalls unter 100. Auffallend sind die sehr hohe Fallabklärung sowie die hohen Testzahlen mit über 8.000 Tests je 100.000 EinwohnerInnen.

Der Vertreter aus Wien erinnert an die vor 2 Wochen getroffene Entscheidung, Wien aufgrund instabiler Fallzahlen bzw. der Befürchtung steigender Inzidenz nicht auf orange zu schalten. Er betont, dass die 7-Tages-Inzidenz für Wien nun jedoch bereits in der 6. Woche risikoadjustiert unter 100/100.000 liegt. Auch die rohe Fallzahl liegt mittlerweile unter 100/100.000. Wien weitet derzeit das Testangebot entsprechend den Beschlüssen der Bundesregierung massiv aus. Im Kindergartenbereich wurde dies bereits weitgehend umgesetzt. Auch im Schulbereich sind Gurgeltests für das Personal bereits ausgerollt. Aktuell gibt es in Hinblick auf die Berufsgruppentests keine Kapazitätsprobleme, die Verteilung der Testmöglichkeiten innerhalb Wiens soll in Bezug auf Erreichbarkeit optimiert werden. Die so genannten Schnupfenboxen als Angebot für symptomatische Personen befinden sich mit 30 Standorten nun im Vollausbau. Die Vertreterin aus Wien ergänzt, dass ein starker Fokus auf Pflegeeinrichtungen liegt. In zwei Einrichtungen wurden Fälle mit der neuen britischen Mutante bestätigt, wobei die Infektionsketten weitgehend abgeklärt werden konnten. Eine Kooperation mit der AGES ist in diesen Fällen rasch erfolgt.

Schmid ergänzt, dass die beiden Ausbrüche in Pflegeheimen in Hinblick auf die secondary-attack-rate analysiert werden sollten, um hier Erfahrungswerte zu gewinnen.

Herzog berichtet zur Sub-Arbeitsgruppe, die am gestrigen Tag getagt hat. Die Arbeitsgrundlage wurde vorab auch an die Kommission ausgeschickt. Der Prozess der Adaptierung der Risikoadjustierung ist noch nicht abgeschlossen.

Wesentliche Inhalte der Diskussion:

- Ebene der Risikoeinstufung: Als zielführend wird eine Risikoeinstufung auf Ebene der Bundesländer erachtet, etwaige Unterschiede in den Bezirken könnten grafisch dargestellt werden. Die Indikatoren auf Bezirksebene werden weitergeführt, aber ohne separate Einstufung auf dieser Ebene.
- Trennung von Verbreitungs- und Systemrisiko: Maßnahmen haben sich in der Vergangenheit primär am Systemrisiko orientiert. Dieses soll nun um eher präventiv orientierte Parameter erweitert werden. Hierarchisch steht das System- über dem Verbreitungsrisiko, wobei in der Einschätzung der Kommission und deren qualitativer Beurteilung hoher Stellenwert beigemessen wird.
- Schwellenwerte: In Bezug auf das Systemrisiko haben sich die Schwellenwerte durchwegs bewährt. In Hinblick auf die Inzidenz gehen internationale Vergleiche und die wissenschaftliche Diskussion eher in Richtung niedrigerer Grenzen.
- Der Indikator Durchimpfungsrate soll neu aufgenommen werden.

Es ist vorgesehen, die angestellten Überlegungen nun in ein Modell umzusetzen und mit Daten zu unterlegen. Am Mittwoch soll dies im Rahmen der Sub-Arbeitsgruppe weiter diskutiert und abgestimmt werden. Alle Mitglieder der Kommission sind eingeladen, sich diesem Termin anzuschließen.

Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) verweist auf die bereits mehrmals in der Kommission aufgeworfene Frage der Auswirkungen des Skifahrens. Jene Bundesländer, in denen wenig Ski gefahren wird, haben

aktuell niedrige Inzidenzen. Aber auch die Bundesländer Steiermark, Oberösterreich und Tirol, wo durchaus Ski gefahren wird, haben sehr positive Entwicklungen. Sie regt an, dieses Thema grundsätzlich zu diskutieren. Herzog kann diese Überlegungen nachvollziehen. Es könnte grundlegend überlegt und diskutiert werden, welche Aktivitäten im Freien im Zuge kommender Lockerungen unterstützt werden können.

Der Vertreter aus Vorarlberg verweist auf Kritik, wonach es wenig Evidenz dazu gibt, was einzelne Maßnahmen bewirken. Im Rahmen föderaler Strukturen gäbe es die Möglichkeit, im direkten Vergleich den Effekt einzelner Maßnahmen zu beobachten und dies wissenschaftlich zu begleiten.

Aus terminlichen Gründen wird an dieser Stelle TOP 3 eingeschoben.

Herzog setzt mit den Schlussfolgerungen des im Vorfeld ausgeschickten Kurzberichtes zur Maßnahmenbewertung fort. Bachner führt aus, dass die positiven Entwicklungen in Bezug auf 7-Tages-Inzidenz und R_{eff} aufgezeigt werden. Die Ausführungen zum Systemrisiko entsprechen weitgehend jenen der Vorwochen. Darüber hinaus sind verfügbare Daten und Modelle zu neuen Virusmutation(en) wiedergegeben. Insbesondere wird auf die langfristige Perspektive verwiesen.

Der Vertreter aus Wien weist darauf hin, dass in Hinblick auf den, im ausgesandten Kurzbericht zur Maßnahmenbewertung enthaltenen, Passus zur präzisen Evaluation der Ausbreitung des Strains vor einer etwaigen Lockerung der aktuellen Maßnahmen davon ausgegangen wird, dass diese Auswertung bis zum Ende des Lockdowns vorliegen wird. Herzog berichtigt, dass dies so nicht zugesagt werden kann, dass eine solche so rasch als möglich zu empfehlen ist, sei aber unbestritten.

Die Schlussfolgerungen werden in der Diskussion noch präzisiert. Es gibt keine weiteren Anmerkungen.

➔ *siehe Anhang 8: Kurzbericht Maßnahmenbewertung 2021-01-21*

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Stimmhaltung: Wien, Siebenhofer-Kroitzsch

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Es wird vorgeschlagen, den Kurzbericht künftig gemeinsam mit der APA-Meldung auf der Ampel-Website zu veröffentlichen. Herzog betont, dass damit die Transparenz weiter unterstützt wird.

Siebenhofer-Kroitzsch merkt an, dass die von der Kommission erstellten Kriterien erneut umgangen werden und sie dies kritisch sieht, solange keine neuen Kriterien zur Risikobewertung von der Kommission verabschiedet werden. Sie regt an, zumindest die Detailbeschreibungen für die einzelnen Regionen (wie in der Woche zuvor) in der APA-Meldung zu vermerken, um eine gewisse Konsistenz in

der Außendarstellung zu wahren. Auf Wunsch mehrerer Kommissionsmitglieder werden in der Meldung jene Bezirke und Regionen die in der rohen Inzidenz unter 100/100.000 liegen sowie jene, die gemäß aktuellem Manual mit orange einzustufen wären, ergänzt.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschober noch heute an die APA und anschließend an die Bezirkshauptleute übermittelt.

→ *siehe Anhang 9: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_14012021_APA*

5. Weitere Vorgehensweise

Die heute getroffene Empfehlung ist durch die APA-Meldung dokumentiert und wird in dieser Form an die Politik übermittelt.

Die Sub-Arbeitsgruppe wird am kommenden Mittwoch, den 27.1.2021 von 16-18 Uhr tagen. Die Termineinladung sowie etwaige Unterlagen werden sowohl an die nominierten TeilnehmerInnen als auch an alle Mitglieder der Kommission ergehen.

- 23. Sitzung mit Empfehlung: 28.01.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

27. Sitzung Corona-Kommission

[per 28. Sitzung am 04.03.2021] korrigiertes Ergebnisprotokoll 25.02.2021, 14:00-19:00

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 27. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Name und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 25022021_Anwesenheitsliste_27. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 18 von 20 stimmberechtigten Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 26. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 26. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Eine irrtümlich nicht übernommene Korrektur des Landes Wien wurde bereits ergänzt. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 18022021_Corona Kommission_26. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Das in der letzten Sitzung avisierte Thema Testen wird auf die nächste Sitzung verschoben, da die Vorbereitungsarbeiten noch nicht abgeschlossen sind.

Zur Anhörung zur 2. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung sind 3 Stellungnahmen eingelangt (Kollaritsch, BMJ und Land Wien), die entsprechend dokumentiert wurden.

D'Orlando (BMSGPK) führt aus, dass mit dieser Novelle primär die Testpflicht im Bereich mobile Dienste sowie Besuchsregelungen in Alten- und Pflegeheimen geändert werden.

→ siehe Anhang 3: 2. Novelle 4. SchuMaV_Rückmeldungen_24022021

Die Novellen zum Epidemiegesetz und COVID-19-Maßnahmengesetz sollen nächste Woche in Begutachtung gehen.

3. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. In der letzten Woche wurden Inzidenzanstiege in fast allen Regionen Österreichs verzeichnet und die effektive Reproduktionszahl (R_{eff}) liegt nun wieder über 1. Die aktuelle Prognose geht davon aus, dass sich dieser Trend fortsetzen wird. Die Variante B.1.1.7 ist bezogen auf ganz Österreich mit einer geschätzten Prävalenz von 57 % bereits dominant. Der Anteil des erhöhten Testgeschehens am gesamten Fallaufkommen wird auf max. 15 % geschätzt. Es wird in der nächsten Prognoseperiode ein

durchschnittliches Fallaufkommen von 2.200 täglichen Fällen erwartet. Am Ende der Prognoseperiode wird eine 7-Tages-Inzidenz von 178 erwartet.

Die effektive Reproduktionszahl der Varianten mit N501Y wurden im Vergleich zu den vorangegangenen Varianten analysiert. Die Varianten mit N501Y haben demnach ein um durchschnittlich 27% höheres R_{eff} . Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien erläutert Bachner, dass die Grafik auch die jeweiligen Konfidenzintervalle der dargestellten R_{eff} enthält und somit die Spannbreiten visualisiert sind.

Die Kapazitätsvorschau zeigt einen erwarteten Anstieg des Intensivbelags von 13 % auf 17 % am Ende der Prognoseperiode, wobei es hier deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt. Lediglich in Tirol und Vorarlberg zeigen sich leicht sinkende bzw. stagnierende Tendenzen, in den anderen Bundesländern wird von mehr oder weniger starken Anstiegen beim Bettenbelag ausgegangen, der sowohl die Intensiv- als auch die Normalpflege betrifft. Es ist daher anzuraten, entsprechende Vorkehrungen für einen Anstieg des Bettenbelages zu treffen.

Bachner bestätigt auf Nachfrage des Vertreters von Wien, dass das hohe Testgeschehen entsprechend der gezeigten Auswertungen kaum Einfluss auf die Hospitalisierungsraten hat. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) merkt an, dass eine Modellierung über den Prognosezeitraum von 2 Wochen hinaus wünschenswert wäre. Für die Abschätzung der weiteren Entwicklung sei für viele Personen eine visuelle Darstellung sehr hilfreich, die Modellierung für die nächsten 2 Wochen biete jedoch ein vergleichsweise harmloses Bild, was der tatsächlich zu erwartenden Dynamik nicht entspreche. Eine längerfristige Betrachtung sei nicht zuletzt für die politischen EntscheidungsträgerInnen wichtig. Es werden daraufhin drei per 17.2. berechnete Szenarien aufgerufen, die längerfristige Simulationen darstellen. Den Simulationen zufolge würde ab dem 6.3. ein Wendepunkt bei den Inzidenzen sowie beim Bettenbelag erreicht. Es wird hervorgehoben, dass die aktuelle Inzidenz sogar leicht über dem modellierten Worst-Case-Szenario liegt.

→ siehe Anhang 4: TOP 4 Prognose

Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet von einer beobachteten Verschiebung der Infektionen in Richtung jüngerer Kohorten und hinterfragt, ob dies in den gezeigten Modellierungen berücksichtigt wurde, was von Bachner bestätigt wird. Ebenfalls nachgefragte Informationen zu einem etwaig abweichenden Krankheitsverlauf der neuen Virusvarianten liegen nicht vor.

Der Vertreter aus Vorarlberg hinterfragt die in Tirol gesetzten Maßnahmen, die Erfolg gezeigt hätten. Der Vertreter aus Tirol führt aus, dass das Contact-Tracing dahingehend intensiviert wurde, dass K1 und K2-Kontaktpersonen im Verlauf 3 Mal PCR-getestet werden. Zudem werden in besonders betroffenen Bezirken flächendeckend Gurgeltests angeboten. Teststraßen bieten durchgängig sowohl Antigen- als auch PCR-Tests an. Die bekannten Ein- und Ausreiseverordnungen sowie zusätzliche 5 Testbusse für Testungen von LKW-Fahrern direkt an der Autobahn werden ebenfalls erwähnt.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von aktuell sehr positiven Belagszahlen, wonach Krankenhäuser nun wieder in der Lage sind, ihren normalen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Etwaige Steigerungen des Belags würden aber rasch wieder zu einer Belastung in diesem Bereich führen. Fälle aus Alten- und Pflegeheimen nehmen zwar ab, aber deutlich ansteckendere Virusvarianten würden zu einer massiven Fallzunahme und damit einhergehend wiederum zu einer Zunahme der Spitalshäufigkeit führen. Weitere Lockerungsschritte würden dieser Argumentation zufolge rasch zu einer Situation führen, die einen Normalbetrieb im stationären Bereich verunmöglicht.

Der Vertreter aus Wien ersucht um eine Zusammenfassung aus den heute gezeigten Daten und den daraus gewonnenen Erkenntnissen. Eine klare Darstellung der zu erwartenden Entwicklung sei für die Kommunikation an die politischen EntscheidungsträgerInnen von hoher Bedeutung.

Herzog bestätigt die vorhergehenden Wortmeldungen und verweist auf den heute ausgeschickten Kurzbericht.

Der Vertreter aus Wien bedankt sich bei Bachner für die umfassende und hilfreiche Präsentation. In Bezug auf das gezeigte Worst-Case-Szenario hinterfragt er jenen Zeitpunkt, an dem der Peak aus dem November erreicht würde. Bachner führt aus, dass dies Ende März erreicht würde. Ostermann ergänzt, dass demzufolge eine Einleitung dämpfender Maßnahmen Ende März zu spät wäre, um eine Überlastung der Intensivstationen zu verhindern. Der Vertreter aus Wien betont in diesem Zusammenhang, dass die aktuelle Inzidenz über dem modellierten Worst-Case-Szenario liegt. Dies wird von Herzog bestätigt, der aber anmerkt, dass rund 10-15 % der Fälle derzeit auf die intensiven Testungen zurückzuführen sind. Effekte des Impfens müssten mittelfristig auch berücksichtigt werden.

Der Vertreter aus Oberösterreich bestätigt, dass mittlerweile ein Großteil der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen geimpft ist. BewohnerInnen aus Alten- und Pflegeheimen haben seinen Ausführungen zufolge bislang zwar einen großen Teil der Krankenhausaufnahmen eingenommen, insbesondere auf Intensivstationen waren aber primär andere Gruppen betroffen. Dies sei zu berücksichtigen.

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation. Die 7-Tages-Inzidenz hat im Vergleich zur Vorwoche deutlich zugenommen. R_{eff} liegt in fast allen Bundesländern - mit Ausnahme von Tirol und Vorarlberg - wieder über 1. Schmid betont, dass die Verbreitung nach wie vor überwiegend in Clustern passiert. Die Anzahl der Cluster ist über die letzten Wochen relativ stabil. Dies bedeutet, dass Cluster bei steigenden Fallzahlen jeweils mehr Fälle umfassen, was ein Hinweis auf funktionierendes Contact-Tracing inkl. proaktiver Fallsuche ist. Die Abklärungsquote ist seit Kalenderwoche 2 relativ stabil bei 65 – 70 %. Auffallend ist der signifikante Rückgang des Anteils von Clustern im Bereich Gesundheit und Soziales.

Seit Kalenderwoche 4 beginnen jüngere Kohorten das Fallgeschehen zu dominieren. Dies ist mit auch auf die flächendeckenden Testungen im Schulbereich zurückzuführen. Die Altersgruppen 65-74 Jahre bzw. 75-84 Jahre sind stabil, der Anteil der Erkrankten über 85 Jahren nimmt merklich ab. Es wurden eher wenige Cluster im Bildungsbereich verzeichnet (Ausnahme Kindergarten). Auffällig ist hier Niederösterreich, wo mehrere Cluster im Bildungsbereich verzeichnet wurden. Eine Analyse ergab, dass die Indexfälle dieser Cluster primär LehrerInnen dargestellt haben. Eine Detailanalyse für Wien und Niederösterreich zeigt, dass das Maßnahmenpaket an Schulen dazu geführt hat, dass die von SchülerInnen ausgehenden Cluster an Größe abgenommen haben. Bei von LehrerInnen ausgehenden Clustern ist die Clustergröße hingegen relativ stabil. Für alle anderen Bundesländer zeigt sich in beiden Bereichen eine Abnahme der Clustergröße.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt nochmals die Kernaussage der gezeigten Präsentation und merkt an, dass die untersuchten Größen teils gering scheinen. Schmid fasst zusammen, dass sich in allen Bundesländern ein relevanter Rückgang der Anzahl der Cluster in Alten- und Pflegeheimen beobachten lässt. Dies wird weiterhin analysiert werden. Neben dem beobachteten Rückgang des Fallaufkommens in älteren Kohorten wird ein Anstieg bei den unter 25jährigen beobachtet. Das Auftreten von Clustern und deren Größe in Bildungseinrichtungen nimmt tendenziell ebenfalls ab, wobei es hier Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt. Demzufolge scheint das im Bildungsbereich gesetzte Maßnahmenpaket überwiegend erfolgreich.

→ siehe Anhang 5: Ampel_slides_2021-02-24

Pasterk (BMBWF) berichtet von den Ergebnissen der bislang durchgeführten Antigenselbsttests an Schulen. In Summe wurden in KW 7 1,324 Millionen Tests durchgeführt. Die Positivitätsrate betrug 0,04 gesamt bzw. 0,03 bei SchülerInnen und 0,13 bei LehrerInnen. Es zeigen sich markante Unterschiede zwischen den Bundesländern. Bei LehrerInnen zeigt sich eine sehr hohe Testteilnahme in der Primarstufe. In der Sekundarstufe I und II nehmen deutlich weniger LehrerInnen an den Testungen teil. Generell ist die Testbereitschaft bei SchülerInnen sehr hoch, nur 1-2 % der SchülerInnen nehmen nicht an den Testungen teil. Es sollen künftig auch Testungen am Freitag möglich sein. Auf Nachfrage von Salzburg berichtet Pasterk, dass lediglich aus Wien und Niederösterreich bereits Zahlen dazu vorliegen, wie viele der positiven Selbsttests mittels PCR bestätigt wurden. Hier ergab sich eine Rate von 80%.

Der Vertreter aus Wien weist darauf hin, dass in Wien und Niederösterreich die Schulöffnungen bereits mit 8. Februar erfolgt sind, somit eine Woche vor den übrigen Bundesländern. Pasterk erläutert auf Nachfrage von Bachner, dass die Schulen ein Spiegelbild der Gesellschaft darstellen, daher waren eher gleichbleibende Fallzahlen zu erwarten. Dass die Zahlen entgegen der Inzidenzsteigerung in Österreich im Schulsetting nicht ansteigen, wird als Erfolg der Testungen gewertet. Er führt aus, dass bundesweit je Schulstufe dasselbe Procedere und dieselben Tests verwendet werden.

Schmid ergänzt, dass fallweise Kinder mittels Selbsttest negativ getestet wurden und kurz darauf erkrankt sind. Die Sensitivität der Tests muss jedenfalls beachtet werden.

→ siehe Anhang 6: Antigentests Bildung KW07

Schmid berichtet zum Status Quo der Varianten-Surveillance. Alle Bundesländer sind am besten Weg, ein Varianten-Surveillance-System etabliert zu haben. Eine zusätzliche Beschleunigung der Identifikation der Varianten ist passiert. Der Anteil der Fälle neuer Virusvarianten an allen Fällen beträgt österreichweit mittlerweile annähernd 60 %. Der Anteil der Cluster mit primär Wildtyp-Fällen nimmt in den meisten Bundesländern zugunsten von Clustern mit Variantenfällen ab. Der Anteil der detektierten VOC-Fälle wird in der vorab ausgeschickten Beschlussgrundlage wiedergegeben. Es soll bilateral mit Wien geklärt werden, wodurch sich Unterschiede in den Daten der AGES und der Stadt Wien erklären lassen. Die Vertreterin aus Wien merkt an, dass die Datendifferenz möglicherweise in den Meldemodalitäten eines Labors begründet ist. Der Anteil der Varianten in der Beschlussgrundlage wird für Wien auf 58% korrigiert.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet, dass in seinem Bundesland mit Stand heute 151 Fälle der UK-Variante und 2 Fälle der südafrikanischen Variante aufgetreten sind. Der prozentuelle Anteil der Varianten beträgt 26 % und wird in der Beschlussgrundlage adaptiert. Es ist auch hier eine Bereinigung der Daten anzustreben.

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs. Dieser basiert nun wie vereinbart auf dem Datenstand Dienstag 24 Uhr.

Im Burgenland hat sich der Inzidenzanstieg fortgesetzt und die Inzidenz liegt bei 167/100.000. Das Burgenland verzeichnet mit die höchsten Testzahlen in Österreich.

Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet von einer Intensivierung des Testgeschehens in Güssing und Jennersdorf. Es zeigen sich zunehmend Fälle mit hohen CT-Werten am Ende der 10tägigen Quarantäne. Die Testung aller Infizierten und K1-Personen vor Entlassung aus der Quarantäne soll nun

auf das ganze Burgenland ausgerollt werden. K1-Personen werden demnach durchgängig an Tag 7 der Quarantäne getestet. Diese Testungen erfolgen ausschließlich mittels PCR-Test. Die Testung von K2-Personen soll bei Auftreten von Virusvarianten intensiviert werden.

Schmid berichtet von einem gehäuften Fallaufkommen in den burgenländischen Kindergärten, wobei die Cluster allesamt von PädagogInnen ausgehen. Der Vertreter des Burgenlandes sagt zu, dieses Thema intern weiterzutragen.

Kärnten zeigt ebenfalls Anstiege der Inzidenz im Ausmaß von 9 %. Die Inzidenz liegt mit 150/100.000 nach wie vor klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Die Situation der einzelnen Bezirke ist sehr heterogen ausgeprägt, der Bezirk Hermagor ist mit einer Inzidenz von 670/100.000 absoluter Spitzenreiter.

Die Vertreterin aus Kärnten berichtet von einem intensivierten Testgeschehen in Hermagor, das einem gemeinsam mit dem BMSGPK festgelegten 11-Punkte-Programm folgt. Infizierte werden hier auch vor Ende der Quarantäne getestet. K1-Personen werden flächendeckend getestet, K2-Personen zur Testung eingeladen. Schwerpunktkontrollen im Gastro- und Hotelleriebereich wurden durchgeführt. Im Skibetrieb wurde eine Testpflicht eingeführt. Das Contact-Tracing in der Bezirkshauptmannschaft wurde zudem verstärkt. Es soll in Kooperation mit der Volkshochschule darüber hinaus eine Studie zur Compliance durchgeführt werden.

Auch Niederösterreich ist gekennzeichnet durch einen deutlichen Inzidenzanstieg von 25 %. Die rohe Inzidenz liegt nun bei 170/100.000. Nur wenige Bezirke haben einen fallenden Trend.

Die Vertreterin aus Niederösterreich bestätigt die Ausführungen. Auffällig sind zahlreiche Cluster in Kindergärten und Schulen. In Wiener Neustadt wird eine Situation der Community-Transmission beschrieben. Seit gestern sind erste Fälle der südafrikanischen Virusvariante im Bundesland aufgetreten.

Schmid berichtet, dass in Niederösterreich nach wie vor Cluster in Alten- und Pflegeheimen aufgetreten sind. Auffällig ist des Weiteren die Situation in den Kindergärten und Schulen. Sie regt an, PädagogInnen in Kindergärten künftig regelmäßig und flächendeckend zu testen. Zudem sollte evaluiert werden, ob das Maßnahmenpaket des BMBWF flächendeckend in den Schulen umgesetzt wird.

Oberösterreich erreicht nach einem Anstieg von 20% und einer Inzidenz von 120/100.000 wieder den Bereich des sehr hohen Risikos. Fallanstiege von bis zu 90 % wurden in den Bezirken verzeichnet, nur wenige Bezirke weisen stabile oder fallende Trends aus.

Der Vertreter aus Oberösterreich schließt sich den Ausführungen an. Im Bezirk Braunau wurden im Zuge der Detailanalysen Fallhäufungen im Bereich von Firmen gefunden. In der Stadt Wels wurden primär Großfamilien identifiziert, ansonsten geht man hier von Community-Transmission aus, wobei die britische Virusvariante besonders häufig identifiziert wurde. Die Spitalssituation ist aktuell sehr erfreulich und man hofft auf Basis der eher positiven Altersstruktur der Erkrankten diese Situation möglichst lange beizubehalten. Auch hier wird von Clustern im Bereich Schulen und Kindergärten berichtet.

Schmid berichtet, dass in Oberösterreich der Anteil von Fällen mit Erwerb der Infektion im Alten- und Pflegeheim massiv zurückgeht und nun fast bei 0 liegt. Auffällig sind zahlreiche Arbeits-/Betriebscluster.

Salzburg verzeichnet nunmehr auch einen steigenden Trend mit einer Zunahme von 8 %. Die Inzidenz liegt bei 148/100.000 und nach wie vor im Bereich des sehr hohen Risikos.

Die Vertreterin aus Salzburg zeigt sich überrascht vom hohen Anteil der Virusvarianten, der ihrer Ansicht nach dem intensiven Screening geschuldet ist. Fälle der britischen Variante werden gemäß der Empfehlungen des BMSGPK behandelt, die „riskanteren“ Varianten lösen ein intensiviertes Kontaktpersonen-Management aus. Infizierte werden in diesen Fällen nur nach Kontroll-PCR aus der Absonderung entlassen. K1 und K2-Personen werden durchgängig getestet und K2-Personen zunehmend Verkehrsbeschränkungen unterworfen. In Diskussion steht eine PCR-Nachtestung von Personen, die im niedergelassenen Bereich mittels Antigentest getestet werden, um hier die Varianten zu ermitteln. Weiters steht in Diskussion, Fälle bei Kindern unter 10 Jahren im Falle von „riskanteren“ Varianten im Bildungsbereich nicht mehr als K2, sondern als K1 einzustufen. Verdachtsfälle der brasilianischen Variante werden noch abgeklärt.

Reich erläutert, dass es zielführend ist, Antigentests mittels PCR nachzutesten, sofern dies logistisch möglich ist. Insbesondere bei Verdacht auf Virusvarianten soll ein Mutationsscreening erfolgen. Sie sagt zu, den diesbezüglichen Erlass zu überdenken und ggf. anzupassen.

Auch in der Steiermark wurde ein Anstieg von 11 % auf eine Inzidenz von 143/100.000 verzeichnet. Diese steigt risikoadjustiert nochmals stark an. Das Bild zwischen den Bezirken ist sehr heterogen. Die Situation entspricht nach wie vor dem sehr hohen Risiko.

Die Vertreterin aus der Steiermark berichtet von Fallanstiegen insbesondere in der Oststeiermark. Es wurde ein flächendeckendes Testangebot mit 25 Standorten und 3 Testbussen implementiert. In den besonders betroffenen Bezirken finden regelmäßig Besprechungen statt. Polizeiliche Kontrollen sowie das Contact-Tracing wurden intensiviert. Seit 15.2. werden auch K2-Personen durchgängig getestet. Die Situation in den Spitälern und Alten-/Pflegeheimen wird aktuell positiv bewertet. Es sind mehrere Cluster im Bereich Arbeit/Betrieb aufgetreten.

Die Situation in Tirol ist stabil mit einer Inzidenz von nunmehr 89/100.000. Vereinzelt werden in den Bezirken Fallzunahmen verzeichnet, insbesondere auch in Schwaz, wo rezent ein neuer Cluster der südafrikanischen Variante verzeichnet wurde. Gemäß dem Manual der Kommission könnte Tirol mit hohem Risiko bewertet werden, aufgrund der Rahmenbedingungen ist aber wohl eher von sehr hohem Risiko auszugehen.

Der Vertreter aus Tirol berichtet aus Schwaz von der gestern verhängten Quarantäne in Mayrhofen. Dort ist das öffentliche Leben auf die Grundversorgung zurückgefahren und es soll flächendeckend getestet werden. Das Testangebot wurde generell sowohl in Schwaz als auch in ganz Tirol nochmals ausgeweitet. Seitens des Landes Tirol wird kein Antrag auf Einstufung mit hohem Risiko gestellt.

Schmid ergänzt, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt in Tirol die britische gegenüber der südafrikanischen Variante dominiert.

Vorarlberg ist das einzige Bundesland, das nach wie vor einen Rückgang der Inzidenz verzeichnen konnte. Die rohe 7-Tages-Inzidenz liegt bei 61/100.000 und damit bei weniger als der Hälfte des Bundesdurchschnitts. Man könnte die Situation hier mit hohem Risiko bewerten.

Der Vertreter aus Vorarlberg schließt sich den Ausführungen an. Man hofft, die vorliegende Situation möglichst lange beibehalten zu können und plädiert daher für eine Bewertung mit hohem Risiko.

Auch in Wien war der Anstieg der Inzidenz mit 20% durchaus deutlich. Die rohe Inzidenz beträgt 145/100.000 und reduziert sich mittels Risikoadjustierung nur leicht. Die Situation ist insgesamt mit sehr hohem Risiko zu bewerten.

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass die derzeitige Inzidenz weitgehend deckungsgleich mit den eigenen Modellierungen ist. Die Vertreterin aus Wien berichtet für den Bereich Bildungseinrichtungen, auf den ein spezieller Fokus gelegt wurde, von 5 Kindergärten, in denen in der letzten Woche kleinere Cluster aufgetreten sind. In der laufenden Woche mussten 2 Volksschulen gesperrt werden. Die Entwicklung in der Gesamtbevölkerung spiegelt sich in den Bildungseinrichtungen wider. Für MitarbeiterInnen in Bildungseinrichtungen (Kindergärten und Schulen) werden wöchentlich PCR-Gurgeltests angeboten, die sich bewährt haben. In Alten- und Pflegewohnhäusern werden deutliche Rückgänge an Infektionen verzeichnet.

Die Beschlussgrundlage, die in der Sitzung um rezente Daten zur Prävalenz der Virusvarianten ergänzt wurde, wird gezeigt. Es gibt hier keine weiteren Anmerkungen.

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Bundesland: Vorarlberg

Risikostufe: hohes Risiko

Stimmenthaltung: BKA

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

Die vorgenommene Risikoeinstufung sowie die zugrunde liegenden Indikatoren werden in der Beschlussgrundlage dokumentiert. Hervorgehoben wird in der Textierung für Tirol abermals die Situation um die südafrikanische Variante. Diese Unterlage wird heute an die Landeshauptleute übermittelt.

→ siehe Anhang 7: Empfehlung der Corona-Kommission 27. Sitzung_25022021

Herzog referiert die Schlussfolgerungen des Kurzberichtes zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich, der vor der Sitzung ausgeschickt wurde. Die Diskussionen der heutigen Sitzung (insbes. in Hinblick auf den Bildungsbereich sowie Alten- und Pflegeheime) sowie eine von Oberösterreich eingebrachte Stellungnahme wurden hier bereits berücksichtigt. Die Änderungen gegenüber der ausgeschickten Version werden daher nochmals in der Sitzung verlesen und erläutert.

In der Diskussion werden leichte Adaptierungen der Textierung vorgenommen. Hinsichtlich der Empfehlungen etwaige Lockerungsschritte zu überdenken und ggf. zurückzunehmen, wird die Angabe eines festen Grenzwertes von der Vertreterin aus Niederösterreich kritisch erachtet. Dies wird vom Vertreter aus der Steiermark mit Verweis auf dünn besiedelte Regionen unterstützt. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) und der Vertreter aus Oberösterreich unterstützen hingegen die Angabe einer festen Grenze. Schlussendlich wird die ursprünglich mit einer 7-Tages-Inzidenz von >200/100.000 für regionale Maßnahmen gesetzte Grenze entfernt, auf Bundesebene wird aber der Grenzwert von >200/100.000 beibehalten und der Passus hinsichtlich Lockerungsschritten durch die Angabe „gegebenenfalls“ angepasst.

Über Anregung des Vertreters aus Wien wird in den Text aufgenommen, dass die Schließung von Bildungseinrichtungen nur als Ultima Ratio in Betracht gezogen werden sollte.

Der Vertreter aus Wien nimmt weiters Bezug auf die im Frühjahr letzten Jahres erfolgten Beratungsleistungen in Betrieben durch das Zentrale Arbeitsinspektorat und regt an, unter dem Punkt "Einbindung weiterer Behörden auf Landes- und Bundesebene" beispielhaft das Arbeitsinspektorat anzuführen.

Der Vertreter des BMA weist in diesem Zusammenhang auf die gesetzliche Zuständigkeit der Arbeitsinspektorate hin, zu der die Kontrolle von gesundheitsrechtlichen Vorschriften nicht gehört. Weiters informiert der Vertreter des BMA über den Beratungsschwerpunkt der Arbeitsinspektion im Mai 2020 (1000 Betriebe) und auch darüber, dass seit Oktober 2020 bei routinemäßigen Betriebsbesuchen Covid-19-Maßnahmen in den Betrieben thematisiert werden, allerdings der gesetzlichen Zuständigkeit folgend nur möglich als Beratung. In der Arbeitsinspektion erfolgt der Außendienst Corona-bedingt derzeit reduziert.

Der Vertreter aus Wien weist darauf hin, dass die seitens des Bundesministeriums für Arbeit zu seinem Vorschlag geäußerte Ablehnung von betrieblichen Kontrollen durch das Arbeitsinspektorat und die Information, dass derzeit nur reduziert Begehungen vor Ort erfolgen, dahingehend interpretiert werden kann, dass es die betroffenen Bundesstellen für zu gefährlich halten, vor Ort-Kontrollen durchzuführen. Dies wird als kritisch erachtet, zumal die Überprüfung der Einhaltung von Bestimmungen zum Gesundheitsschutz zentrale Aufgabe der Arbeitsinspektorate ist.

Textierung Kurzbericht

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Kurzbericht einstimmig angenommen

Der Kurzbericht soll wie gewohnt exklusive der Anhänge auf der Website der Corona-Ampel veröffentlicht werden.

→ siehe Anhang 8: Kurzbericht_Corona-Kommission_2020-02-25

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Es wird sowohl die Risikoeinstufung als auch eine Zusammenfassung der Ausführungen zur aktuellen Situation angeführt, die weitgehend deckungsgleich zu den Textierungen im Kurzbericht ist. Es wird auch wieder ausgewiesen, wie viele Bezirke in Summe in der rohen Inzidenz unter 50/100.000 bzw. 100/100.000 liegen, wobei deren Anzahl bereits wieder zurückgegangen ist.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschöber noch heute an die APA und anschließend an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt.

→ *siehe Anhang 9: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_25022021_APA*

4. Berichte

Berichtswesen der Corona-Kommission

Dieser Punkt wird aus Zeitgründen auf die nächste Sitzung vertagt.

Stand technische Entwicklung und Umsetzung elektronischer Testnachweis

Oszwald (BMSGPK) berichtet von den Arbeiten zum Implementieren eines Test- und Genesungsnachweises bzw. eines Impfzertifikats. Es wurde letzten Montag gemeinsam mit dem BRZ ein zentrales Service bereitgestellt, an das Teststellen angebunden werden können. Sieben von neun Bundesländern sollen angebunden werden. Aktuell sind nur Antigen-Teststraßen abgebildet.

Der Testnachweis erfolgt mittels pdf, auf dem ein QR-Code aufgetragen ist. Der Vorteil des zentralen Systems ist, dass Änderungen relativ einfach zentral implementiert werden können. Wird der QR-Code eingescannt, erhält ein Prüfer eine Kurzinformation zur Gültigkeit des Tests. Dieser bleibt als Eintrittstest z.B. 48 Stunden lang grün und damit gültig, nach Ablauf dieser Zeit ist auf einen Blick ersichtlich, dass der Nachweis nicht mehr gültig ist („rot“).

Als nächster Schritt soll über dasselbe System ein Genesungsnachweis auf Basis der EMS-Daten implementiert werden.

Der Vorteil für BürgerInnen ist, dass über das Gesundheitsportal gesundheit.gv.at künftig alle Test- und Genesungsnachweise sowie auch ein etwaiges Impfzertifikat abrufbar sind. Testnachweise werden aus datenschutzrechtlichen Gründen jeweils 14 Tage lang gespeichert.

Aktuell wird technisch pro Tag von rund 500.000 Einbringungen von Testergebnissen sowie 2 Millionen Abrufen dieser Ergebnisse ausgegangen.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet, dass bereits einige europäische Länder Test- bzw. Genesungsnachweise nur unter Angabe der Pass- oder Personalausweisnummer akzeptieren und fragt nach, ob dies auch hier möglich wäre.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt die Rechtsgrundlage für das vorgestellte System. Er erkundigt sich weiters, ob der Nachweis, wie dies im EU-Ausschuss für Gesundheitsschutz vereinbart wurde, sowohl auf Deutsch als auch auf Englisch ausgestellt wird. Er fragt zudem nach, ob dieser Nachweis dokumentiert, ob der verwendete Test auf der Liste der – entsprechend- der Einigung im EU-Ausschuss – gegenseitig anerkannten Antigentests genannt ist.

Oszwald bestätigt, dass das System entsprechend rechtlich abgesichert ist. Die konkrete Rechtsgrundlage kann nicht genannt werden, wird aber nach Rückfrage mit der Rechtsabteilung des BMSGPK nachgereicht.

Die Pass- oder Personalausweisnummer wird aktuell nicht im System erfasst. Dies müsste geprüft werden und könnte im Zuge der Novellierung der gesetzlichen Grundlagen mit überdacht werden. Das konkrete Testkit wird derzeit nicht erfasst, dies könnte technisch aber umgesetzt werden. Man geht davon aus, dass vor Ort nur zulässige Tests verwendet werden. Der Vertreter aus Wien regt an, aus Gründen der Zweckmäßigkeit auf dem Nachweis alle gegenseitig anerkannten Antigentests anzuführen und nicht auf den jeweils im Einzelfall konkret verwendeten Test abzustellen.

Herzog resümiert, dass das Thema Reisen durch Angabe der Pass- oder Personalausweisnummer reflektiert werden soll. Zudem solle eine Information hinsichtlich der Rechtsgrundlage nachgereicht werden.

Der Vertreter aus Wien verweist auf die aktuell mittels Verordnung vorgesehenen Testungen in Mayrhofen, wonach PCR-Tests 72 Stunden Gültigkeit haben. Er regt an, PCR-Tests generell mit einer längeren, nämlich 72-Stunden-Gültigkeitsdauer zu hinterlegen. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass mit zunehmender Impftätigkeit entsprechend weniger Personal zur Durchführung von Testungen zur Verfügung steht.

Reich führt aus, dass dieses Thema bereits für die letzte Novellierung der Schutzmaßnahmenverordnung vorgesehen war. Es soll in der nächsten Novelle hinsichtlich der Gültigkeit zwischen Antigen- und PCR-Tests unterschieden werden.

Informationen zum Kontaktpersonen-Management

Strauss (BMSGPK) berichtet von einer durchgeführten Erhebung zu Personalkapazitäten für das Contact-Tracing. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass in allen Bundesländern ausreichend Personalressourcen für das Contact-Tracing zur Verfügung stehen.

Die Mehrheit der Bundesländer verwendet landeseigene IT-Systeme, der Rest verwendet das AGES Contact-Tracing-Tool. Pro Indexfall werden durchschnittlich 1-4 K1-Personen identifiziert. In den meisten Bundesländern werden K1-Personen zweimal getestet. Es werden sowohl mündliche als auch schriftliche Bescheide ausgestellt. Von der überwiegenden Zahl der Bundesländer wird fallweise über mangelnde Compliance im Zuge des Contact-Tracings berichtet.

Strauss berichtet darüber hinaus von aktualisierten Daten in Hinblick auf die europäische Situation, die sich weitgehend unverändert darstellt. In Hinblick auf die Inzidenz liegt Österreich im europäischen Vergleich nun auf Platz 14 von 32. Die Verbreitung der Virusvarianten nimmt europaweit zu.

→ *siehe Anhang 10: CT in BL + Varianten international_25_2_2021 mit ECDC*

Herzog fasst zusammen, dass das Contact-Tracing mittlerweile auf eine sehr gute Basis gestellt wurde. Etwaige gegenteilige Medienberichte können anhand dieser Daten durchaus widerlegt werden.

Behördliche Vorgangsweise bei geimpften Kontaktpersonen (Land Wien)

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass im Bundesland eine Person als K1-Person abgesondert wurde. Diese Person hat beim örtlichen Bezirksgericht eine Aufhebung beantragt, da sie einen Impfnachweis (2 Impfungen) und einen Antikörpertest hatte. Vom Gericht wurde die Freiheitsbeschränkung mit

sofortiger Wirkung aufgehoben. Dies wurde durch ein Sachverständigengutachten untermauert. Die Behörde ist demzufolge korrekt nach den geltenden Regelungen vorgegangen, diese sind aber gemäß geltendem medizinischen Wissensstand ggf. nicht (mehr) richtig. Nach medizinischen Erkenntnissen seien Genesene und Geimpfte – insbesondere bezüglich der Gefahr der Reinfektion und der Transmission – gleichzusetzen.

Reich bestätigt, dass dies grundlegend richtig ist. Das nationale Impfgremium bereitet eine Anpassung der diesbezüglichen Empfehlungen vor. Es ist hier aber ein breiterer politischer Konsens notwendig, der gerade vorbereitet wird. Man ersucht hier um etwas Geduld, da die notwendigen Prozesse durchaus aufwändig sind.

Der Vertreter aus Wien hält fest, dass die jeweils gültige und von der obersten Gesundheitsbehörde vorgesehene Vorgehensweise befolgt wird.

5. Weitere Vorgehensweise

- 28. Sitzung mit Empfehlung: 04.03.2021, 14:00 – 18:00 Uhr

2. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung – Rückmeldungen aus der Befassung der Corona-Kommission bis 24.02.2021, 18 Uhr

Zusammenfassung der Befassung der Corona-Kommission:

3 Rückmeldungen von KurienvorteilerInnen sind eingelangt: Kollaritsch als Fachexperte, BMJ, Land Wien

Rückmeldungen im Detail:

Name, Kurie	Datum	Bezugnehmende §§	Stellungnahme inhaltlich
Kollaritsch	24.02.2021	§ 6 Abs. 2 bis 5, Punkt 1	<p>In der Novellierung der SchuMa im § 6 Abs. 2 bis 5 unter Punkt 1 ist zu lesen:wenn ein Antigen-Test.... Hier gehört nach meiner Auffassung unbedingt eingefügt: ...wenn ein validierter Antigen-Test.... dessen Abnahme nicht länger als 48 Stunden zurückliegt vorliegt.</p> <p>Unter Ziffer 2 werden die Kriterien für mobile Pflege- und Betreuungsdienstleister festgelegt, wobei auch hier ein validierter Antigen-Test zu verlangen wäre und ausserdem sich eine Diskrepanz zu Ziffer 1 ergibt:</p> <p>Während unter Ziffer 1 die Tests nicht älter als 48 Stunden sein dürfen, wird unter Ziffer 2 bei völlig identen infektionsepidemiologischen Notwendigkeiten ein Test akzeptiert, der eine Woche alt sein darf.</p> <p>Für meine Auffassung ist diese Differenzierung einerseits medizinisch unverständlich andererseits ein klassischer Fall einer Ungleichbehandlung.</p>
Ahrer, BMJ	24.02.2021	Allgemein	<p>Von Richter*innen wurde dem BMJ mitgeteilt, dass manche Heime den Kontakt von Heimbewohner*innen mit einer*einem Richter*in im Rahmen einer Erstanhörnung zur Prüfung der Bestellung einer*eines Erwachsenenvertreterin*Erwachsenenvertreterers als "Besuch" werten, was dann dazu führt, dass die Besuchsbeschränkungen (nach dem nunmehrigen Verordnungs-Vorschlag [§ 10 Abs. 2 Z 7] wären das zukünftig zwei Besuche pro Heimbewohner*in pro Woche) durch eine solche Erstanhörnung weiter beschränkt werden. Das wird in den Heimen österreichweit offenbar sehr unterschiedlich gehandhabt. Aus Sicht des BMJ ist eine Anrechnung solcher Erstanhörnungen bei den Besuchen weder sinnvoll noch im Sinne der Verordnung. Ein Gerichtstermin bei einem Heimbewohner ist kein "Besuch". Hinzu kommt, dass die Tätigkeit der Gerichte eigentlich vom Anwendungsbereich der Schutzmaßnahmen-Verordnung ausgenommen ist.</p>

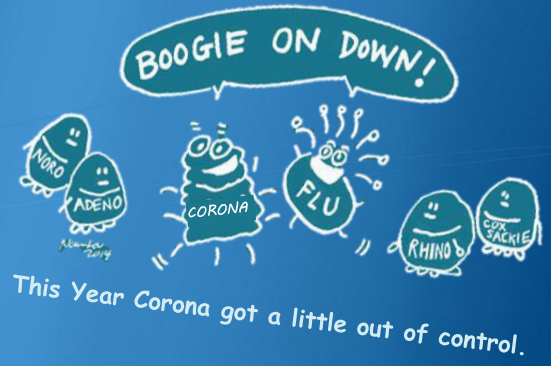
			<p>Aus unserer Sicht sollte dies ohnehin schon aufgrund des jetzigen Verordnungstextes klar sein. Allerdings wäre es angesichts der offenbar uneinheitlichen und teilweise falschen Handhabung in der Praxis hilfreich, wenn das in geeigneter Weise klargestellt werden könnte. Denkbar wäre aus unserer Sicht die Aufnahme eines entsprechenden Hinweises in die rechtliche Begründung.</p> <p>Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass das Besuchskontingent für Kranken- und Kuranstalten (§ 11 Abs. 2 Z 3) nicht erhöht würde, obwohl dort derselbe Bedarf wie in Alten- und Pflegeheimen und vergleichbaren Einrichtungen der Behindertenhilfe bestehen kann.</p>
Müller, Land Wien	24.02.2021	Z 2 (§ 2 Abs. 2)	<p>Sofern zum eigenen privaten Wohnbereich nur die Wohneinheiten in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe (und nicht die gesamten stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe) zählen sollen, hätte der entsprechende Begriff „stationären“ zu lauten. Jedenfalls gibt es hier eine Diskrepanz zwischen dem Entwurf und dem beigelegten Kunsttext.</p>
		Z 3 (§ 6 Abs. 6)	<p>Aus der Formulierung geht nicht eindeutig hervor, wer laut dieser Bestimmung einen negativen Test vorlegen muss. Es sollte daher die Formulierung „wenn ein Antigen-Test auf SARS-CoV-2 oder ein molekularbiologischer Test auf SARS-CoV-2 vorliegt, (...)“ insofern näher konkretisiert werden, als ausdrücklich hervorkommen sollte, von wem genau (Dienstleister und/oder Kunde) ein negatives Testergebnis beigebracht werden muss.</p> <p>In redaktioneller Hinsicht wird angemerkt, dass im Einleitungssatz des Abs. 6 der Klammerausdruck „(ASchG)“ und in Abs. 6 Z 2, zweiter Satz nach dem Begriff „Erbringer“ die Wortfolge „mobiler Pflege- und Betreuungsdienstleistungen“ zu lauten hätte.</p> <p>Im Hinblick auf Z 3 des Entwurfes darf in redaktioneller Hinsicht angemerkt werden, dass allenfalls auch der Verweis auf § 6 Abs. 2 bis 7 in § 5 Abs. 1 Z 3 anzupassen wäre.</p>
		Z 7 (§ 10 Abs. 2 Z 4)	<p>Es wäre klarzustellen, ob pro Besuch zwei Besucher zulässig sind.</p>
		Z 9 (§ 10 Abs. 2 Z 7 und Abs. 7)	<p>Angemerkt wird, dass in der „Rechtlichen Begründung“ auf die „ausdrückliche Nennung dieses Fakultativprotokolls“ (zum Übereinkommen über Rechte von Menschen mit Behinderung – mit demselben BGBl. kundgemacht) Bezug genommen wird, in die gegenständlichen Bestimmungen jedoch nur der Hinweis auf das Übereinkommen über Rechte von Menschen mit Behinderung selbst aufgenommen wird.</p>

		Z 10 (§ 10 Abs. 6)	In § 10 Abs. 6 wäre überdies nach der Wortfolge „das Alten- und Pflegeheim“ eine entsprechende Ergänzung vorzusehen.
		Z 11 (§ 10 Abs. 7)	Bemerkt wird, dass im Hinblick auf die nunmehr vorgesehene Ergänzung der Bestimmungen des § 10 Abs. 5 und 6 um stationäre Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe unklar ist, ob eine entsprechende Ergänzung des § 10 Abs. 7 mit Absicht unterblieben ist.
		Z 12 (§ 11 Abs. 2 Z 8 und Abs. 5)	In § 11 Abs. 2 Z 8 ist die Wortfolge „Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, BGBl. III Nr. 190/2012“ nicht enthalten.
		Z 13 (§ 11 Abs. 3)	Nach der „Rechtlichen Begründung“ sollen durch den Entfall des Begriffes „nicht-medizinische“ die Vorgaben für Betretungen durch externe Dienstleister vereinheitlicht werden. Angemerkt wird, dass dies insofern nicht zur Klarheit der Regelung beiträgt, als § 11 Abs. 3 auch eigene Vorgaben für Gesundheits- und Pflegedienstleistungserbringer enthält.
		Z 14 (§ 11 Abs. 5)	Die Regelung, wonach Abs. 3 sinngemäß anzuwenden ist, ist insofern schwer verständlich, als Abs. 3 für verschiedene Personengruppen (teils) unterschiedliche Regelungen enthält.
		Z 18 (§ 22 Abs. 3)	Nach der Paragraphenbezeichnung „§ 22 Abs. 1“ wäre die Wortfolge „in der Fassung der Verordnung BGBl. II Nr. xx/2021“ zu ergänzen.
		Rechtliche Begründung	<p>Es wird angemerkt, dass die Bestimmungen des § 13 Abs. 7 und 8 nicht Gegenstand des Verordnungsentwurfes sind.</p> <p>Auch, wenn die Bestimmung des § 5 Abs. 3 Z 1 nicht Gegenstand der vorliegenden Novelle ist, wird nochmals angeregt, die Gültigkeit von molekularbiologischen Tests auf SARS-CoV-2 zur Inanspruchnahme von körpernahen Dienstleistungen aufgrund der höheren Sensitivität auf 72 Stunden zu verlängern. Dies begründet sich damit, dass ein breites bevölkerungsweites Screening - als Voraussetzung für allfällige Lockerungsschritte - nur mit Gurgelabnahmen für PCR-Testungen zu schaffen ist, da alle anderen Methoden eine Abstrichnahme durch entsprechend qualifiziertes Personal erfordern. Auch zeigt die Erfahrung, dass am Anfang der infektiösen Phase zeitgleich abgenommene Anitgen-Tests oft noch ein negatives Ergebnis zeigen, während der PCR Test bereits positiv ist. Die</p>

			Berücksichtigung der Auswertungszeit für den PCR Test bei der Dauer der Gültigkeit gewährleistet damit das selbe Sicherheitsniveau.
--	--	--	---

Influenzaüberwachung in Österreich

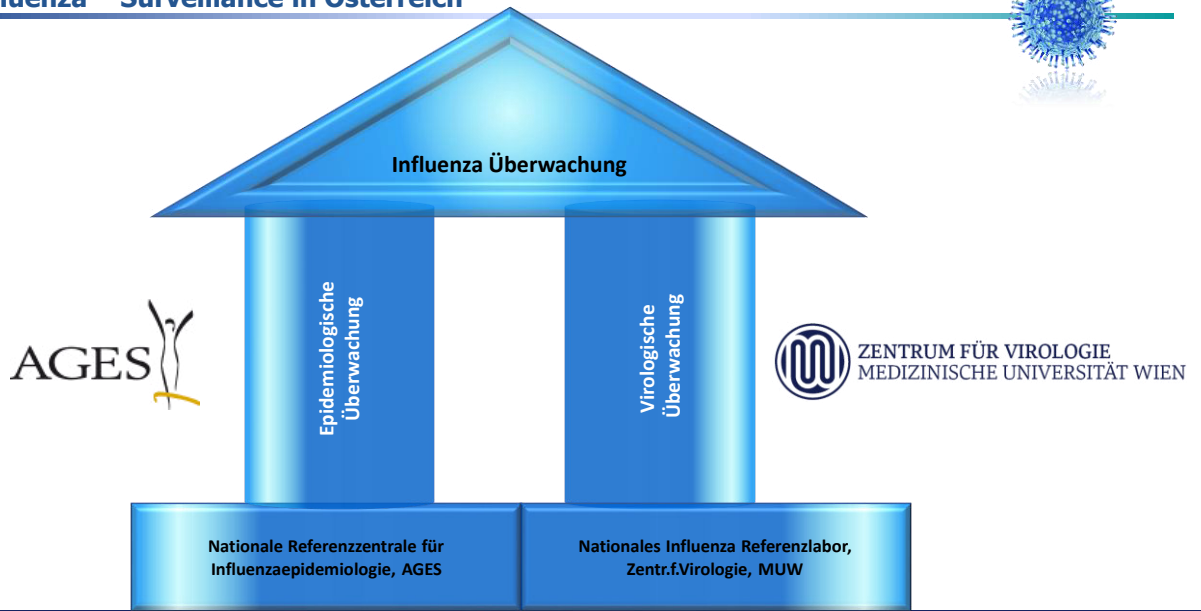
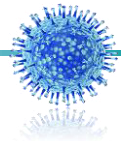
26. November 2020



Monika Redlberger-Fritz
 Zentrum für Virologie
 Medizinische Universität Wien



Influenza – Surveillance in Österreich



Influenza Überwachung in Österreich

Epidemiologische Überwachung

Nationale Referenzzentrale für Influenzaepidemiologie,
AGES Abteilung Infektionsepidemiologie und Surveillance



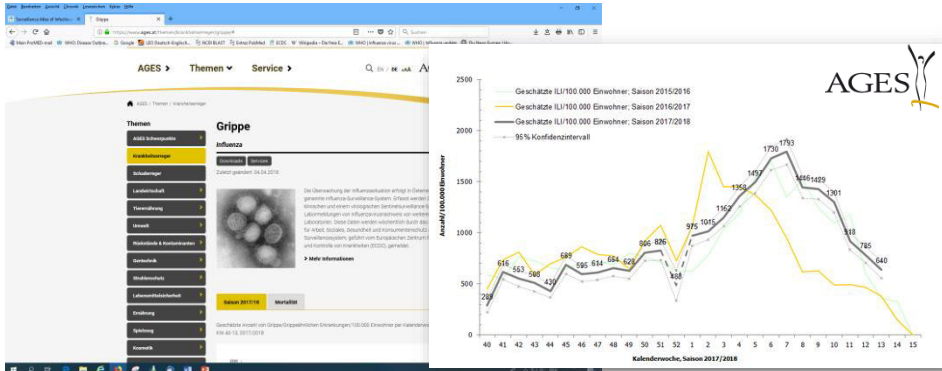
N Neuerkrankungen Grippe/grippalem Infekt

Wien (Informations-System, MA15)
Graz (Gesundheitsamt Stadt Graz)
Tirol (Landessanitätsdirektion Tirol)



Aussagen:

- Wöchentliche Schätzung der ILI-Fallzahlen für Österreich
- Ausmaß der Grippewelle



Influenza Überwachung in Österreich

Virologische Überwachung

Zentrum für Virologie, Med. Univ. Wien,
Nationales Influenza Referenzzentrum-Labor, NIC Austria



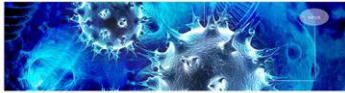
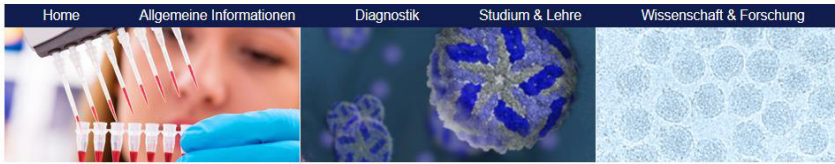
Sentinel Netzwerk: DINÖ Diagnostisches Influenza Netzwerk Österreich



Aussagen:

- Beginn und Ende der Virusaktivität
- Übereinstimmung der zirkulierenden Viren mit den Impfstämmen
- Wirksamkeit der Impfstoffe im Saisonverlauf
- Frühzeitiges Erfassen von Driftvarianten und neu auftretenden Subtypen
- Monitoring resistenter Virusstämme

Derzeit 282 Sentinel-Ärzte in ganz Österreich



Saison 2020/2021

Die Influenzasaison 2020/2021:

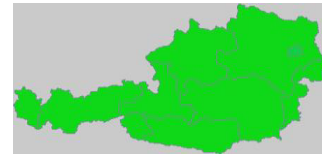
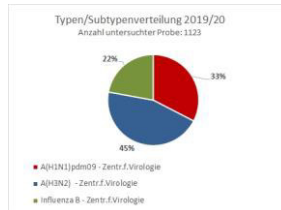
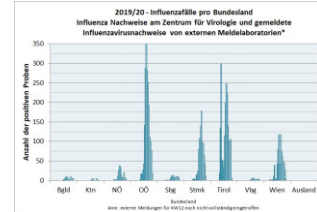
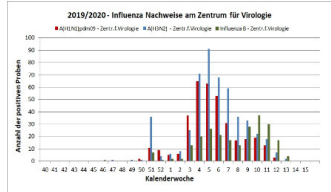
In der Saison 2020/2021 werden wir sie an dieser Stelle wieder regelmäßig über die aktuelle Influenza-Situation informieren. Derzeit ist in Österreich noch keine Influenzavirus Aktivität zu verzeichnen.

Aktuelle Influenza-Situation in Österreich:

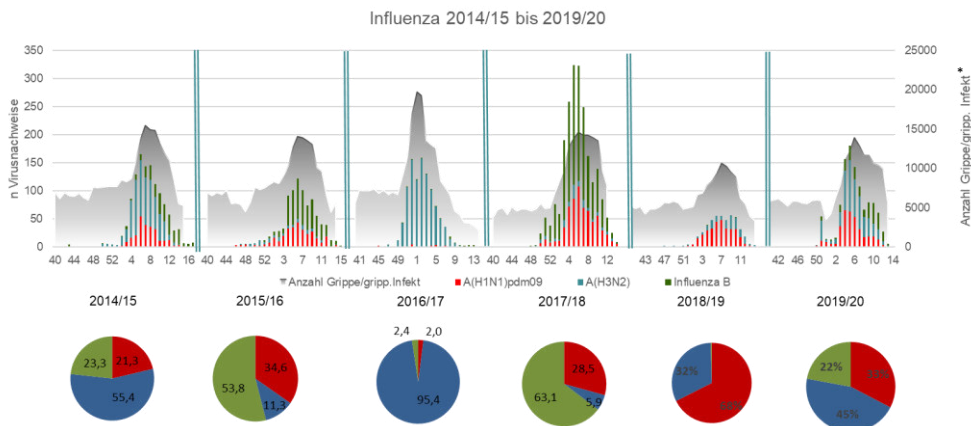
Derzeit ist in Österreich noch keine Influenzavirus Aktivität zu verzeichnen.

Aktuelle Influenza-Situation Allgemein:

In Europa derzeit keine epidemische Influenzavirusaktivität.



Grippewellen 2014/15 bis 2019/20 in Österreich

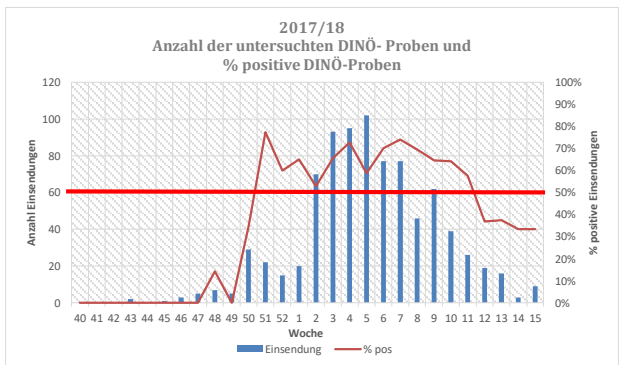
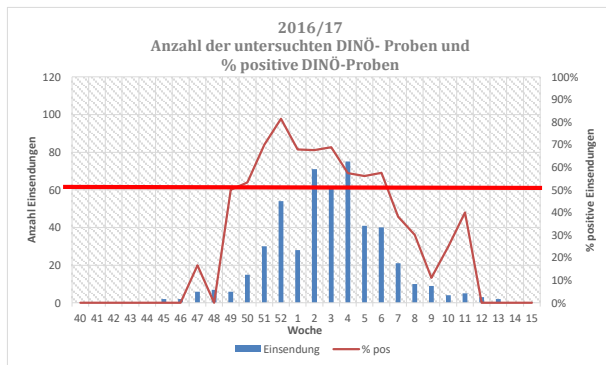


* Anzahl Grippe/grippaler Infekt für Wien, Daten MA 15

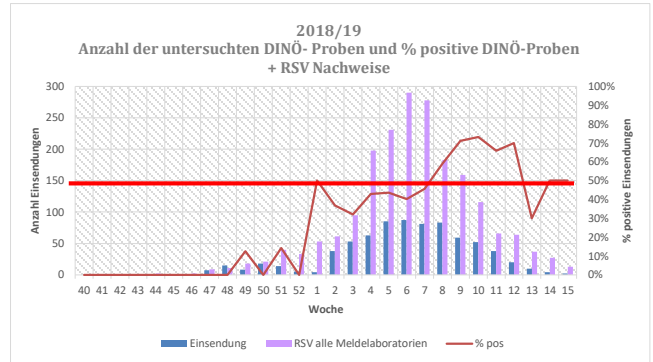
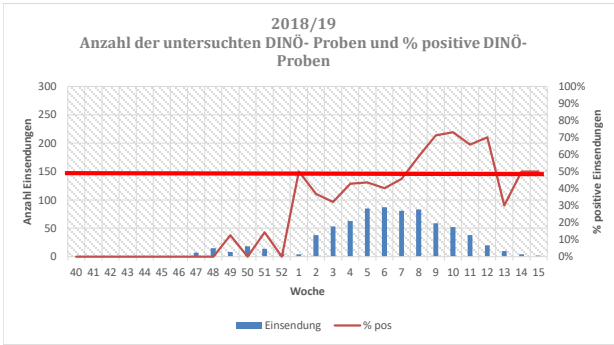
Grippewellen Beginn und Ende

Saison	Beginn KW	Ende KW	ab	46	50	51	52	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16		
99/00	52/99	06/00																							
00/01	04/01	08/01																							
01/02	05/02	12/02																							
02/03	06/03	14/03																							
03/04	03/04	10/04																							
04/05	04/05	11/05																							
05/06	08/06	14/06																							
06/07	06/07	13/07																							
07/08	03/08	11/08																							
08/09	02/09	10/09																							
09/10	46/09	05/10																							
10/11	03/11	12/11																							
11/12	07/12	14/12																							
12/13	04/13	15/13																							
13/14	Keine Grippewelle ausgerufen																								
14/15	05/15	14/15																							
15/16	05/16	14/16																							
16/17	51/16	09/17																							
17/18	02/2018	14/18																							
18/19	04/2019	14/19																							
19/20	03/2020	13/20																							

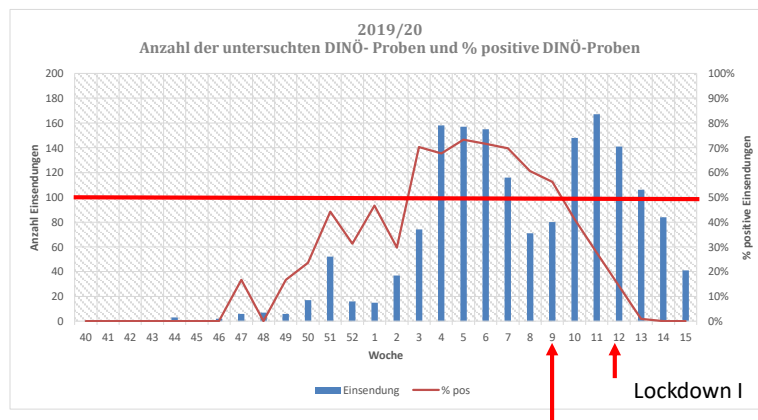
Positivrate der Influenzavirusnachweise 2018/19 in Österreich



Positivrate der Influenzavirusnachweise



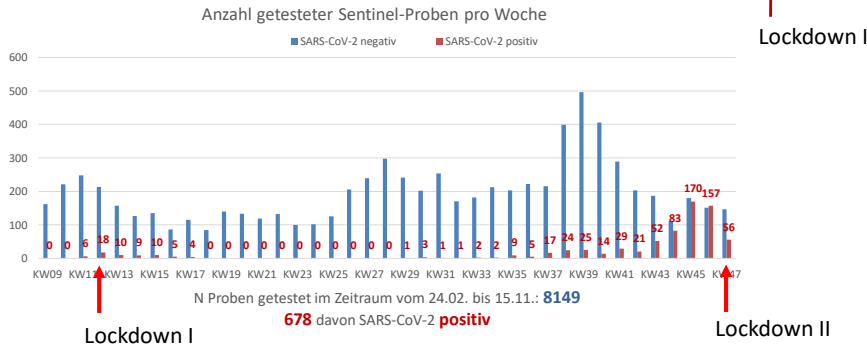
Positivrate der Influenzavirusnachweise



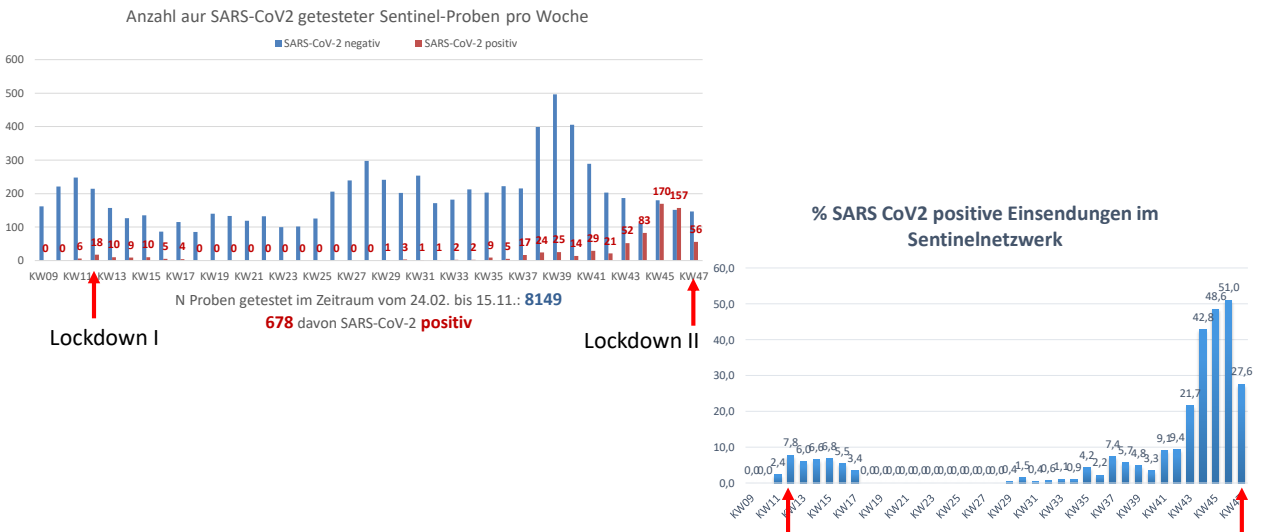
Implementierung der SARS-CoV-2 Testung

Virusnachweise im Sentinel-Netzwerk

year	2019												2020																																
	week	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
Influenza		0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	4	54	14	13	17	77	156	183	153	109	69	83	86	66	30	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RSV		1	0	0	0	0	1	1	2	2	0	0	2	1	1	2	9	7	13	10	6	7	5	10	4	15	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
hMPV		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	3	4	10	4	6	5	6	10	9	5	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RHIV		4	4	7	10	4	11	7	7	11	8	13	12	4	2	5	7	14	5	7	4	4	5	17	16	16	8	2	3	2	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	8	13	11	18
SARS-CoV-2										0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	18	11	9	10	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



SARS-CoV-2 Nachweise im Sentinelnetzwerk



Virologisches Sentinelnetzwerk in Österreich

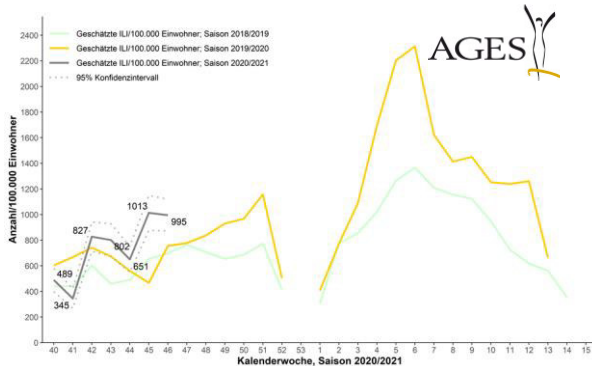
- Routinemäßige Influenzavirus Überwachung zwischen **KW 40-44** und **KW 14-20**
- Aussage über **Zeitpunkt (Beginn und Ende)** der Influenzavirus Zirkulation
- Aussage über virologische Parameter
(Typ, Subtyp, Impfstoffübereinstimmung, Vaccine Effectiveness, Resistenzmutationen...)
- Leichte Implementierung von anderen zu überwachenden Viren
- **Seit KW9 (24.2.2020) auch Testung auf SARS CoV2 durchgehend**
- **Influenzaüberwachung** in Saison 2019/20 bis KW 17 für Saison 2020/21 wieder routinemäßig **seit KW 45**

seit Start der Influenzaüberwachung Saison 2020/21:

Bisher (Stand 24.11.2020) kein Influenzavirusnachweis im Sentinel-Netzwerk

Influenza – Surveillance in Österreich

Epidemiologisches Meldesystem der AGES



Die Influenzasaison 2020/2021:

In der Saison 2020/2021 werden wir sie an dieser Stelle wieder regelmäßig über die aktuelle Influenza-Situation informieren. Derzeit ist in Österreich noch keine Influenzavirus Aktivität zu verzeichnen.

Aktuelle Influenza-Situation in Österreich:

Derzeit ist in Österreich noch keine Influenzavirus Aktivität zu verzeichnen.

Aktuelle Influenza-Situation Allgemein:

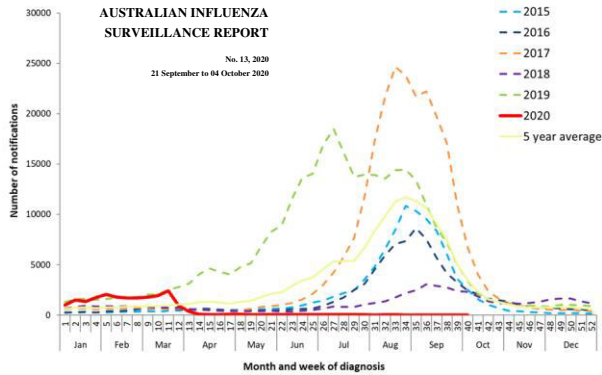
In Europa derzeit keine epidemische Influenzavirusaktivität.

seit Start der virologischen Influenzaüberwachung Saison 2020/21:

Bisher (Stand 24.11.2020) kein Influenzavirusnachweis im Sentinel-Netzwerk

Ausblick – Herbst – Wintersaison 2020/21

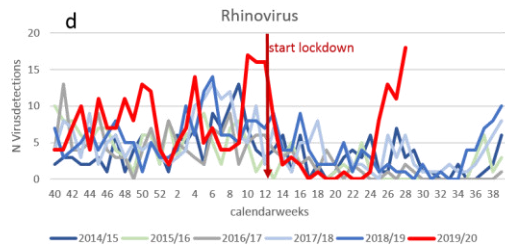
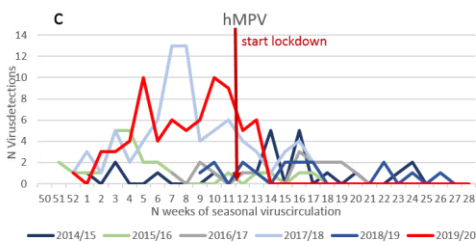
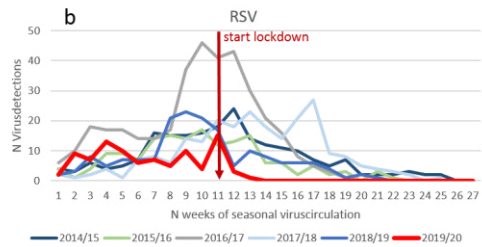
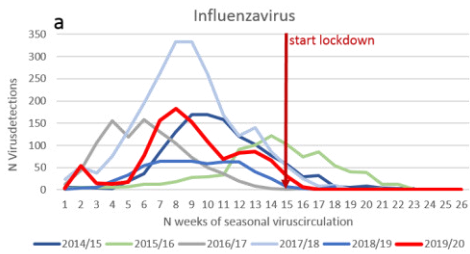
Situation in Australien Saison 2020



Rückgang der Virusaktivität durch Lockdown !!!

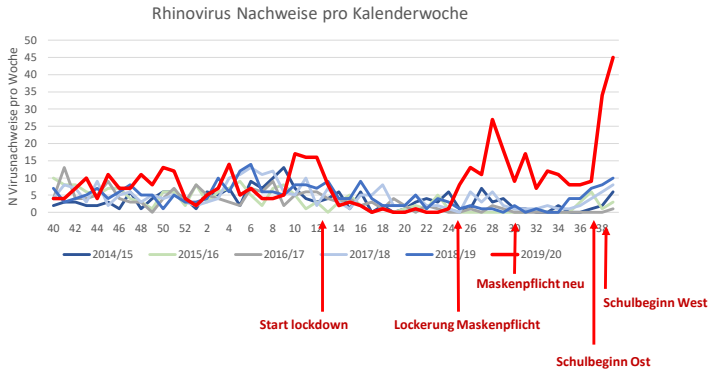


Lockdown in Österreich – Einfluss auf zirkulierende Viren



Daten: Redberger M et al. Significant impact of nationwide SARS-CoV-2 lockdown measures on the circulation of other respiratory virus infections, paper submitted

Lockdown in Österreich – Einfluss auf zirkulierende Viren

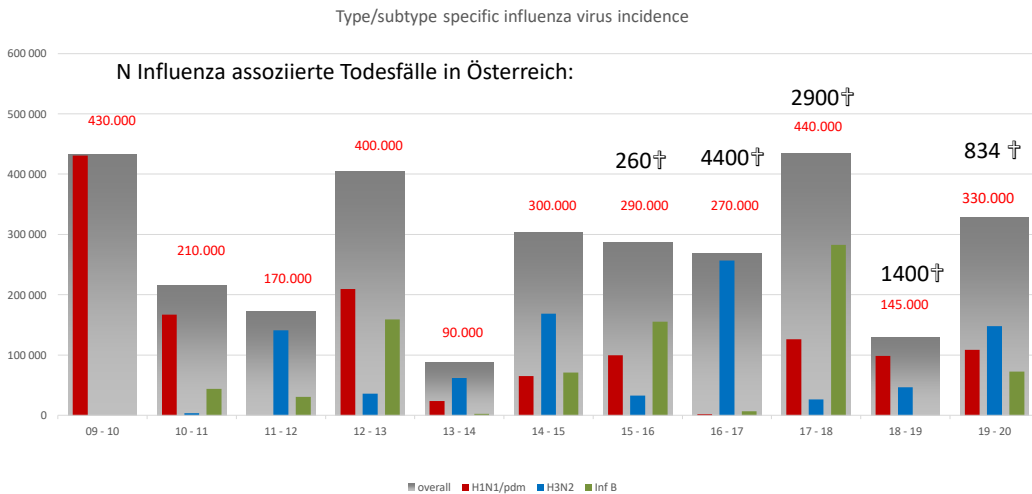


- Rhinovirus: Schmier- und Tröpfcheninfektion
- Influenzavirus: Schmier- und Tröpfcheninfektion
- SARS-CoV2: Tröpfcheninfektion (Schmierinfektion)



Daten: Redlberger M et al. Significant impact of nationwide SARS-CoV-2 lockdown measures on the circulation of other respiratory virus infections, paper submitted

Grippewellen 2009/10 bis 2019/20 - Anzahl der Influenzafälle in Österreich



Daten N Todesfälle: D. Schmied, AGES

Daten: Redlberger MUW, Stand: Juli 2020



3. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung – Rückmeldungen aus der Befassung der Corona-Kommission bis 05.03.2021, 12 Uhr

Zusammenfassung der Befassung der Corona-Kommission:

3 Rückmeldungen von KurienvorteilerInnen sind eingelangt: Aberle, BMJ, Land Wien

Rückmeldungen im Detail:

Name, Kurie	Datum	Bezugnehmende §§	Stellungnahme inhaltlich
Aberle, MUW	4.3.2021	§ 16 Abs. 12	Zu § 16 Abs. 12: "oder ein Absonderungsbescheid, wenn dieser für eine nachweislich an COVID-19 erkrankte Person ausgestellt wurde, gleichzuhalten" Ist hier wirklich nur ein Absonderungsbescheid von erkrankten oder auch von nachweislich mit SARS-CoV-2 infizierten Personen gemeint?
Martini, BMJ	5.3.2021	Rechtliche Begründung	wir bedanken uns für die Aufnahme der Richter in der Begründung. Wir haben allerdings noch eine Anmerkung dazu: Im Vorschlag für die Begründung heißt es, dass die "Kontaktierung von Patienten oder Heimbewohnern durch Richter im Rahmen der Anhörung nach § 19 UbG oder § 12 HeimAufG nicht als Besuch im Sinne dieser Verordnung" gilt. Das greift aber zu kurz, weil - und das war der Anlass - auch die Kontaktierung von Bewohnern im Rahmen einer Erstanhörung nach § 118 AußStrG im Verfahren zur Bestellung eines gerichtlichen Erwachsenenvertreters kein "Besuch" sein kann. Dieser Fall sollte jedenfalls erwähnt werden. Überhaupt sollten auch andere gerichtlichen Termine nicht zählen, das könnte man durch eine demonstrative Aufzählung ("insbesondere die Kontaktierung von Patienten oder Heimbewohnern durch Richter im Rahmen der Erstanhörung im Verfahren zur Bestellung eines Erwachsenenvertreters (§ 118 AußStrG) oder einer Anhörung nach § 19 UbG oder § 12 HeimAufG nicht als Besuch im Sinne dieser Verordnung") erreichen.
Müller, Land Wien	5.3.2021	Z 1 (§ 5 Abs. 3 Z 1)	In redaktioneller Hinsicht wird angemerkt, dass nach dem übermittelten Kunsttext - anders als nach dem Verordnungsentwurf - der zweite Satz der Bestimmung („Der Kunde hat diesen Nachweis für die Dauer des Aufenthalts bereitzuhalten.“) entfallen soll.

		<p>Ziffern 6 und 7: (§ 11 Abs. 2 Z 3 und § 11 Abs. 3)</p>	<p>Die nunmehr geänderte Besuchsregelung in Krankenanstalten - ein Besucher pro Patient pro Tag - unterscheidet sich stark von jener in Pflegeeinrichtungen (zwei Besuche mit jeweils höchstens zwei Personen pro Bewohner pro Woche).</p> <p>Das bedeutet, dass im Krankenhaus in einer Woche pro Patient potentiell sieben Besucher und in einer Pflegeeinrichtung pro Bewohner potentiell maximal vier Besucher möglich sind. Im Sinne der aktuellen Diskussion um mögliche Lockerungen in Pflegeeinrichtungen ist dies nicht nachvollziehbar. Eine sachliche Begründung für diese Differenzierung ist der „Rechtlichen Begründung“ nicht zu entnehmen.</p> <p>Während der Entfall der Testpflicht für Begleitpersonen im Rahmen von Entbindungen und der Palliativ- und Hospizbegleitung durchaus nachvollziehbar ist, kann dieser hinsichtlich Besuche im Rahmen der Seelsorge – sofern diese nicht in Zusammenhang mit der Sterbebegleitung stehen - nicht nachvollzogen werden.</p> <p>Darüber hinaus ist die „Rechtliche Begründung“ in mehrerlei Hinsicht unklar. So sind einerseits die Ausführungen zu den „Gegenausnahmen“ zu § 16 Abs. 1 Z 3 (welcher im Gegensatz zu § 16 Abs. 1 Z 1 keine Ausnahmen enthält) schwer nachzuvollziehen und sind andererseits die Ausführungen zur „Ausnahme von Besuchen zu einer Entbindung“ unvollständig bzw. unklar.</p> <p>In redaktioneller Hinsicht wird zu Z 6 angemerkt, dass in der Novellierungsanordnung das Wort „In“ zu entfallen hätte.</p> <p>Sofern die Begleitpersonen „vor und zu“ einer Entbindung gemeint sind, wäre diese Wortfolge (entsprechend dem Wortlaut des § 11 Abs. 2 Z 6) zu ergänzen.</p>
		<p>Z 8 (§ 16 Abs. 12)</p>	<p>Es wird festgehalten, dass die Aufnahme eines Nachweises nach § 4 Abs. 18 des Epidemiegesetzes 1950 - EpiG (Genesungsbescheinigung) im Hinblick darauf, dass ohnehin auch ein Absonderungsbescheid, einem Nachweis über ein negatives Testergebnis auf SARS-CoV-2 gleichzuhaltend ist, nicht erforderlich ist. Darüber hinaus ist die Ausstellung eines solchen Nachweises in Verbindung mit der in § 4 Abs. 20 EpiG getroffenen Regelung mit einem sehr hohen Verwaltungsaufwand verbunden.</p> <p>Weiters darf angemerkt werden, dass, auch wenn - wie auch in der „Rechtlichen Beurteilung“ ausgeführt - § 15 Abs. 2 Z 5 EpiG und § 1 Abs. 5 Z 5 COVID-19-Maßnahmegesetz vorsehen, dass einer ärztlichen Bestätigung über eine erfolgte und aktuell abgelaufene Infektion ein Nachweis nach § 4 Abs. 18 EpiG und ein</p>

			<p>Absonderungsbescheid gleichzuhalten sind, wenn dieser für eine nachweislich an COVID-19 erkrankte Person ausgestellt wurde, klarzustellen wäre, dass die Absonderung zwischenzeitlich beendet sein muss. Angemerkt wird überdies, dass in den angeführten gesetzlichen Bestimmungen weiterhin auch auf einen positiven Antikörpertest Bezug genommen wird, der sich in dieser Bestimmung des Verordnungsentwurfes nicht wiederfindet.</p>
		<p>Rechtliche Begründung</p>	<p>Diesbezüglich ist auszuführen, dass der im Einleitungssatz angeführte Zeitraum ebenso wie der Zeitpunkt des Außerkrafttretens der Verordnung nicht mit dem Verordnungstext übereinstimmen und es in den Ausführungen zu § 22 im ersten Satz „§ 11 Abs. 3 COVID-19-MG“ heißen müsste. Angemerkt wird, dass der übermittelte Kunsttext in mehreren Punkten nicht mit dem Verordnungsentwurf übereinstimmt.</p> <p>Auch wenn die Bestimmung des § 6 Abs. 6 Z 2 nicht Gegenstand der vorliegenden Novelle ist, wird angeregt klarzustellen, was unter dem Begriff „mobile Pflege- und Betreuungsdienstleister“ zu verstehen ist. Derzeit ist unklar, ob lediglich „mobile Pflege- und Betreuungsdienstleister“ wie z. B. Anbieter von Heimhilfe gemeint sind (vgl. beispielsweise auch die Definition in § 3 Pflegefondsgesetz) oder auch sämtliche sonstigen mobilen Betreuungsdienstleister, z. B. aus dem Bereich der Behindertenhilfe, Wohnungslosenhilfe oder der Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde.</p>

Covid-19, Österreich

AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance

19.11.2020 09:00 (auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 19.11.2020 07:00)

Österreich: 7-Tages-Inzidenz letzten 2 Wochen

Tabelle 1: 7-Tages Inzidenzen von SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose.

<i>Bundesland</i>	Donnerstag – Mittwoch		Mittwoch – Dienstag	
	<i>05.11.-11.11.</i>	<i>12.11.-18.11.</i>	<i>04.11.-10.11.</i>	<i>11.11.-17.11.</i>
Burgenland	494.17	398.05	515.22	380.73
Kärnten	458.05	641.91	403.35	710.50
Niederösterreich	408.07	370.66	400.11	393.88
Oberösterreich	808.37	661.76	778.24	689.40
Salzburg	632.69	722.41	577.89	772.01
Steiermark	504.58	411.83	485.08	446.65
Tirol	759.73	610.45	732.81	675.13
Vorarlberg	743.57	714.86	779.83	689.43
Wien	392.53	351.35	356.22	408.23
Österreich	550.26	496.86	526.32	534.21

Österreich: Zeitlicher Verlauf bis 19.11.2020

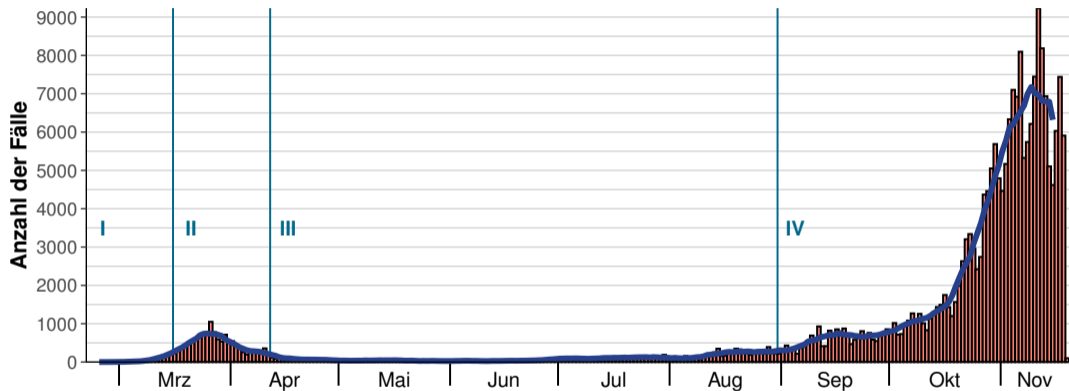
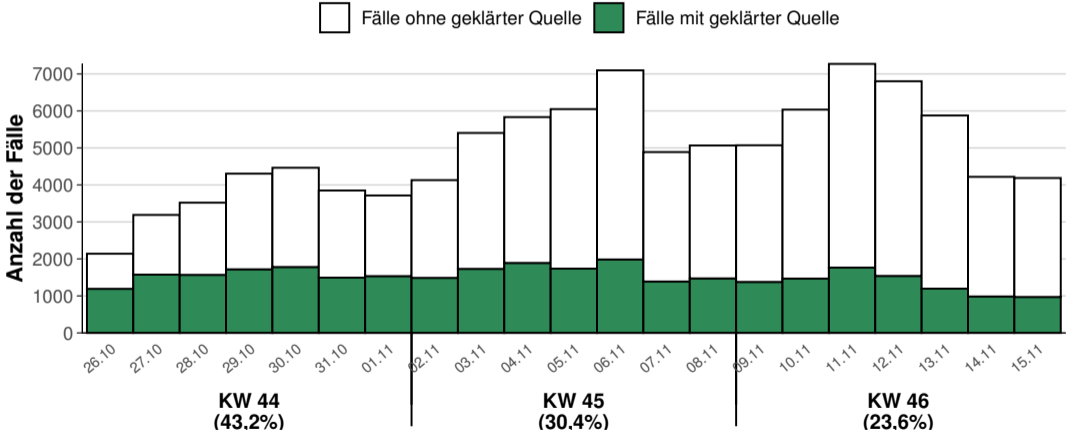


Abbildung 1: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung

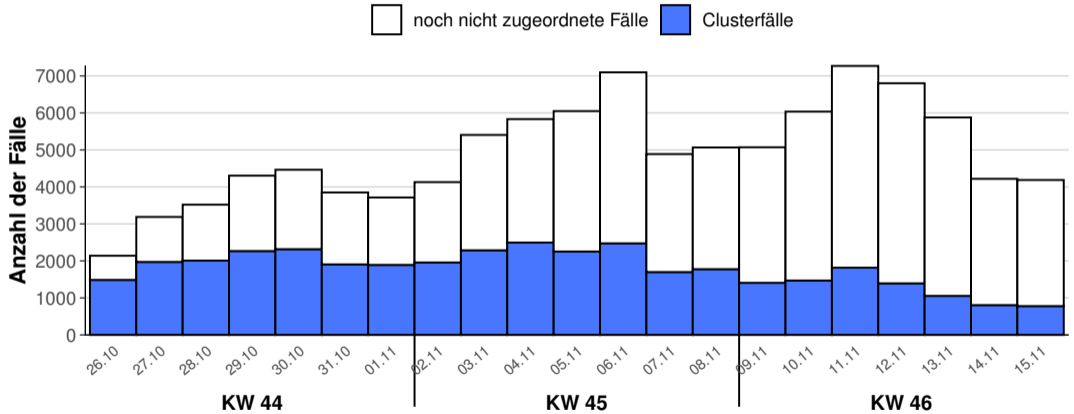
Österreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	41	42	43	44	45	46
Fälle Österreich (N)	7.495	9.751	18.112	31.573	44.691	47.739
Fälle Wien (N)	2.897	2.710	4.306	6.389	6.223	8.277
Fälle Österreich exkl. Wien (N)	4.598	7.041	13.806	25.184	38.468	39.462
Fälle ungeklärt (n)	1.274	2.401	6.527	14.313	26.768	30.151
Indexfälle ³ (n)	693	1.094	2.217	3.570	4.171	1.795
Anteil geklärt	72,3%	65,9%	52,7%	43,2%	30,4%	23,6%
Fälle geklärt (n)	3.324	4.640	7.279	10.871	11.700	9.311
Clusterfälle (n)	3.775	5.474	9.090	13.857	14.953	8.736
sporadisch importierte Fälle (n)	90	111	119	104	88	29
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	3.039	4.336	6.848	10.295	10.793	6.939
Haushalt	41,2%	43,7%	44,4%	55,5%	64,6%	69,1%
Freizeit	23,3%	25,3%	23,5%	21,3%	19,8%	12,4%
Gesundheit-Sozial	11,4%	10,1%	13,3%	10,4%	10,4%	14,3%
Arbeit	8,4%	7,8%	7,5%	4,3%	2,7%	1,8%
Hotel-Gastro	1,6%	2,0%	1,1%	1,0%	0,5%	0,1%
Bildung	10,8%	8,1%	7,6%	5,5%	0,6%	1,9%
Transport	0,2%	0,3%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%
Reise	1,7%	1,8%	1,4%	0,9%	0,9%	0,3%
Haushalt (n)	1.252	1.894	3.038	5.718	6.971	4.797
Bildung (n)	329	353	519	571	65	129
Gesundheit-Sozial (n)	345	436	914	1.070	1.121	989
Reise (n)	53	79	98	97	92	20

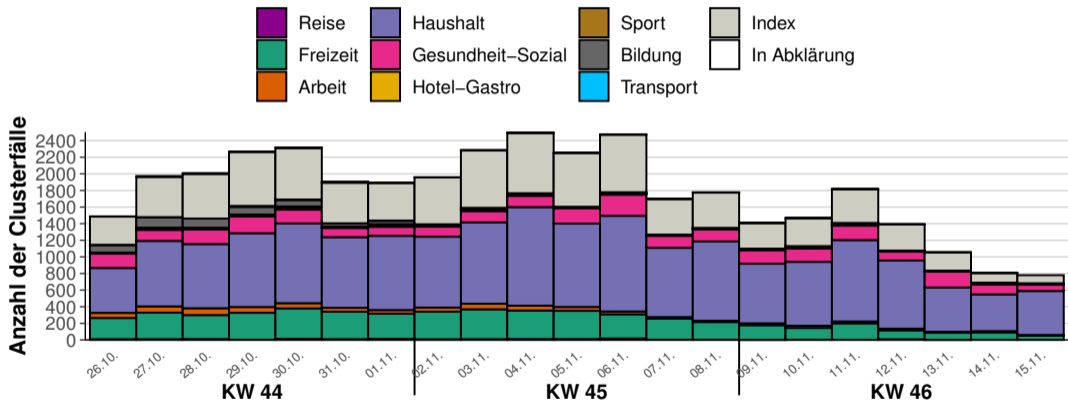
Österreich (exkl. Wien): Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Österreich: Cluster Settings KW 44

Österreich				
KW 44				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	9	0.2	24	0.2
Freizeit	949	25.3	3.723	28.3
Arbeit	127	3.4	680	5.2
Haushalt	2.436	65.0	6.596	50.1
Gesundheit-Sozial	89	2.4	1.106	8.4
Hotel-Gastro	31	0.8	234	1.8
Sport	15	0.4	89	0.7
Bildung	19	0.5	132	1.0
Transport	6	0.2	44	0.3
Mix: Freizeit + Gesundheit-Sozial	11	0.3	78	0.6
Mix: Haushalt + Bildung	6	0.2	62	0.5
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	11	0.3	70	0.5
Mix: Bildung + Freizeit	13	0.3	109	0.8
Mix: Arbeit + Freizeit	25	0.7	212	1.6
Gesamt	3.747		13.159	

Österreich: Cluster Settings KW 45

Österreich				
KW 45				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	14	0.3	32	0.3
Freizeit	692	16.5	2.516	19.9
Arbeit	59	1.4	231	1.8
Haushalt	3.271	78.1	8.588	67.9
Gesundheit-Sozial	72	1.7	890	7.0
Hotel-Gastro	17	0.4	81	0.6
Sport	8	0.2	38	0.3
Bildung	13	0.3	76	0.6
Transport	6	0.1	23	0.2
Mix: Haushalt + Bildung	10	0.2	55	0.4
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	10	0.2	46	0.4
Mix: Bildung + Freizeit	6	0.1	31	0.2
Mix: Arbeit + Bildung	1	0.0	14	0.1
Mix: Arbeit + Freizeit	7	0.2	36	0.3
Gesamt	4.186		12.657	

Österreich: Cluster Settings KW 46

Österreich				
KW 46				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	3	0.2	6	0.1
Freizeit	137	7.9	457	9.9
Arbeit	27	1.6	102	2.2
Haushalt	1.524	88.1	3.775	81.7
Gesundheit-Sozial	22	1.3	203	4.4
Sport	1	0.1	6	0.1
Bildung	5	0.3	20	0.4
Transport	1	0.1	2	0.0
Mix: Freizeit + Gesundheit-Sozial	2	0.1	10	0.2
Mix: Haushalt + Bildung	5	0.3	27	0.6
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	2	0.1	6	0.1
Mix: Arbeit + Freizeit	1	0.1	4	0.1
Gesamt	1.730		4.618	

Österreich: Cluster Settings Überblick

<i>Setting</i>	KW 44		KW 45		KW 46	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Freizeit	3.723	28.3	2.516	19.9	457	9.9
Haushalt	6.596	50.1	8.588	67.9	3.775	81.7
Bildung	132	1.0	76	0.6	20	0.4
Andere	2.708	20.6	1.477	11.6	366	7.8
Gesamt	13.159		12.657		4.618	

Österreich: Altersverteilung I

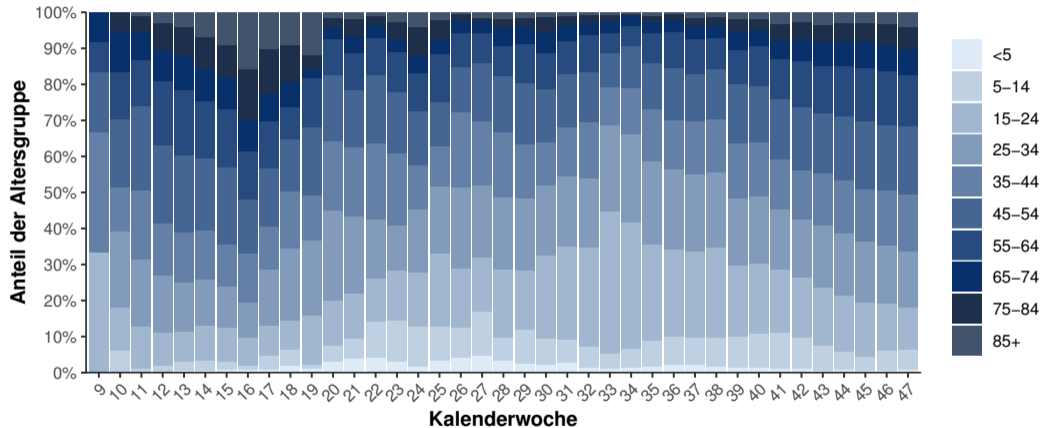


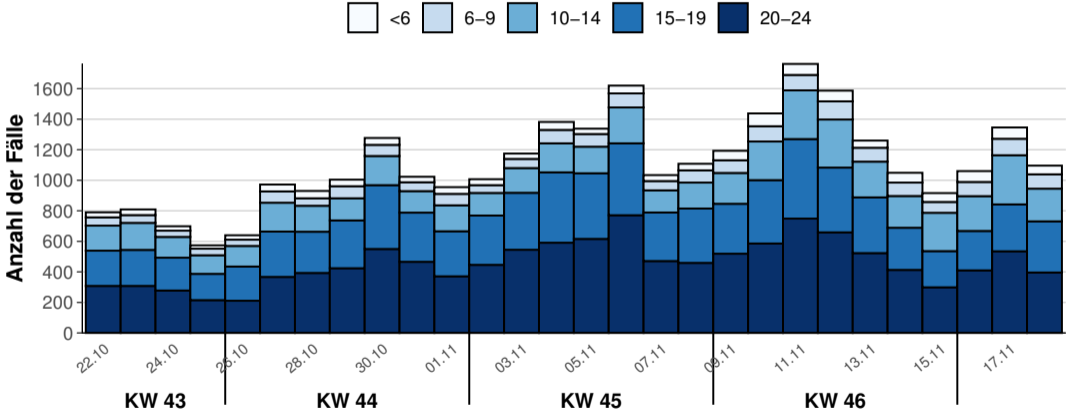
Abbildung 2: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.

Österreich: Altersverteilung II

Tabelle 2: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
39	4.662	14	37.8	65
40	5.596	14	37.6	63
41	7.495	14	39.7	70
42	9.751	15	40.9	70
43	18.112	17	42.2	72
44	31.573	18	43.0	71
45	44.691	19	44.0	71
46	47.739	19	44.3	73

Österreich: Verteilung der Infektionsfälle von unter 25-Jährigen nach Altersgruppe für die vergangenen 4 Wochen

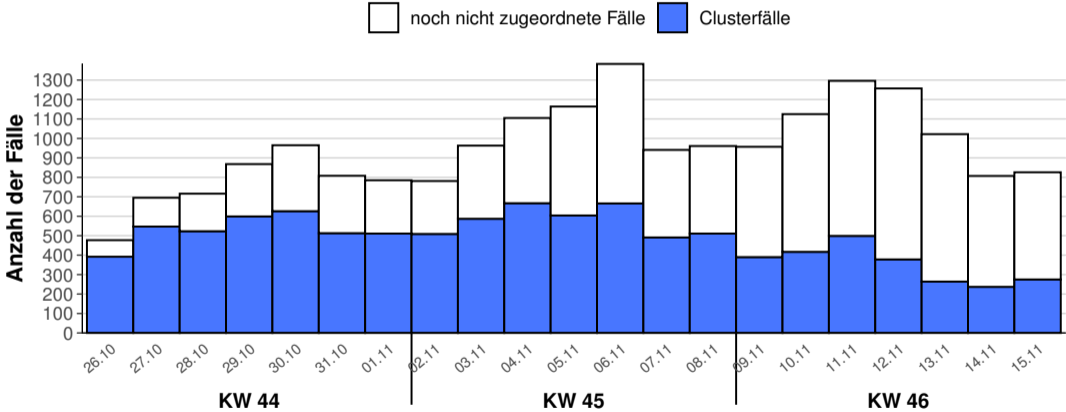


Österreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 45, KW 46)

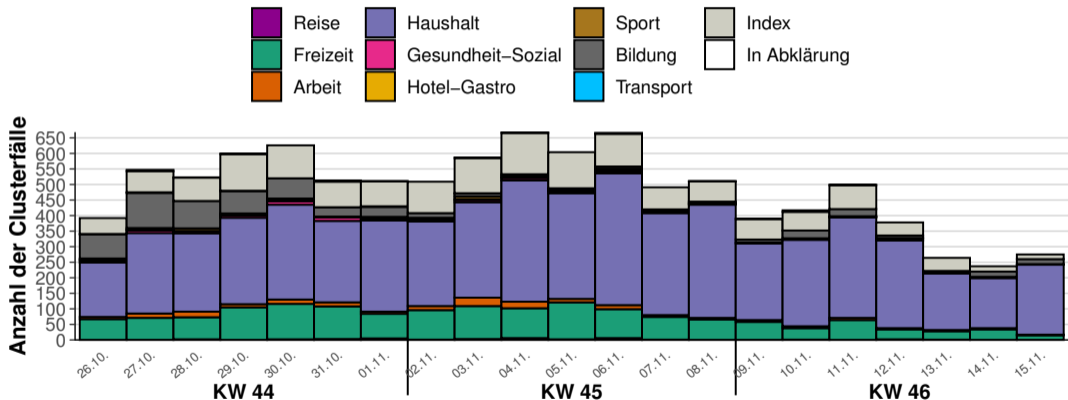
Tabelle 3: Verteilung der Infektionsfälle (KW 45 - 46 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 45							KW 46						
	klinische Manifestation							klinische Manifestation						
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	77	26,2	86	29,3	131	44,6	294	117	25,6	96	21,0	244	53,4	457
6-9	138	26,8	171	33,2	206	40,0	515	134	20,5	172	26,3	347	53,1	653
10-14	405	33,1	323	26,4	496	40,5	1224	473	26,5	406	22,8	903	50,7	1782
15-19	1176	43,0	476	17,4	1080	39,5	2732	854	33,3	376	14,7	1335	52,0	2565
20-24	1843	47,3	451	11,6	1605	41,2	3899	1334	35,6	336	9,0	2078	55,4	3748
Total	3639	42,0	1507	17,4	3518	40,6	8664	2912	31,6	1386	15,1	4907	53,3	9205

Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Österreich: Inzidenz nach Bezirk

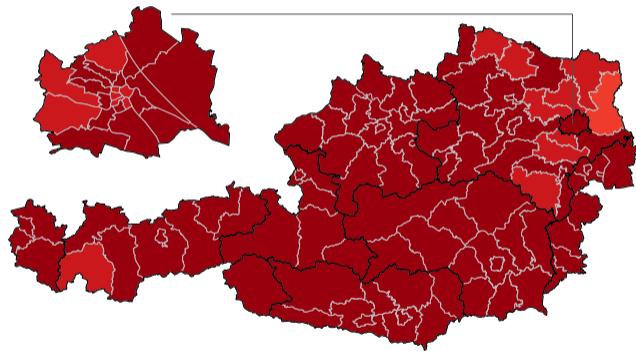
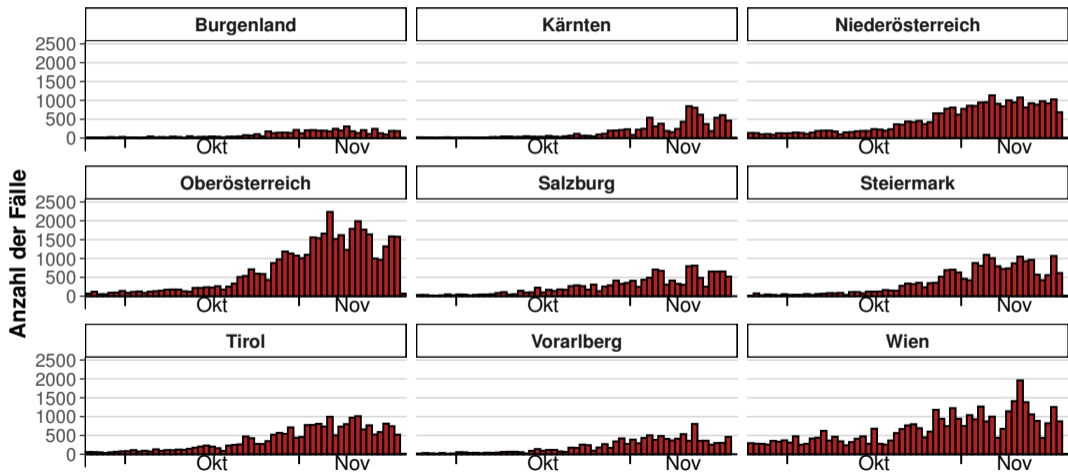


Abbildung 3: Kumulative Inzidenz/100.000 EW nach Bezirk der vergangenen 7 Tage (12.11.2020 – 18.11.2020) . Es gilt die regionale Falldefinition.

Österreich: Zeitlicher Verlauf der Bundesländer für die vergangenen acht Wochen (24.09.2020 – 19.11.2020)



Österreich: Epidemiologische Parameter I

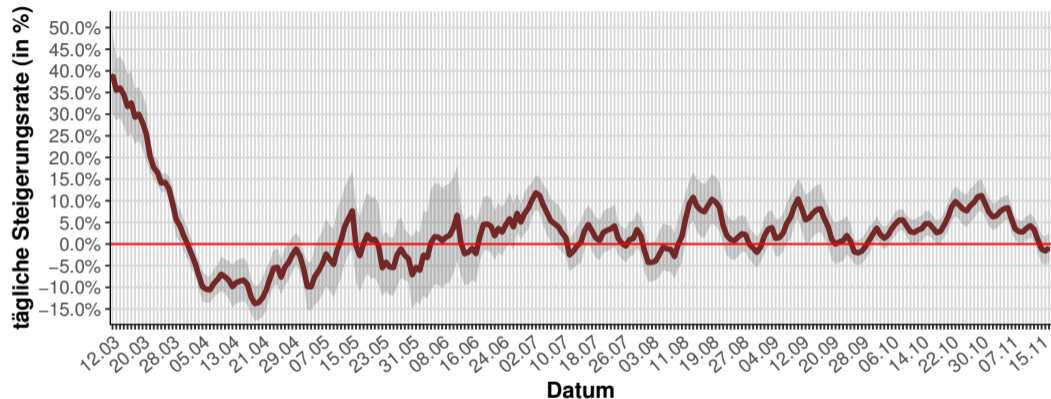


Abbildung 4: Modellierter täglicher Änderungsrate in % basierend auf den vorangegangenen 13 Tagen bezogen auf den Berichtstag. Fälle vom 18.11. und 19.11. sind exkludiert.

Österreich: Epidemiologische Parameter II

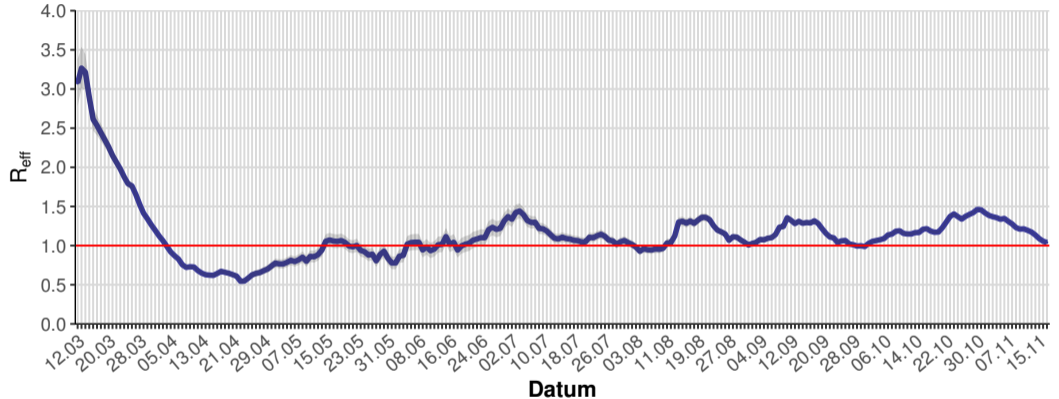


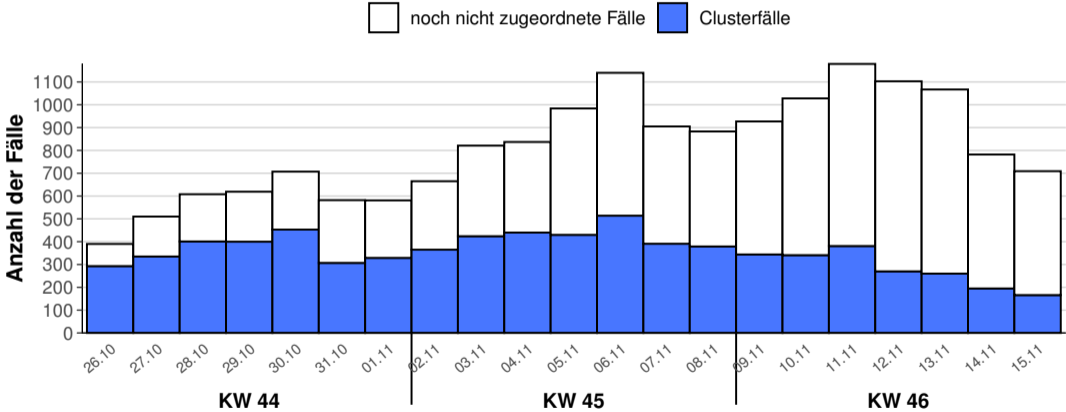
Abbildung 5: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 18.11. und 19.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten).

Österreich: Epidemiologische Parameter III

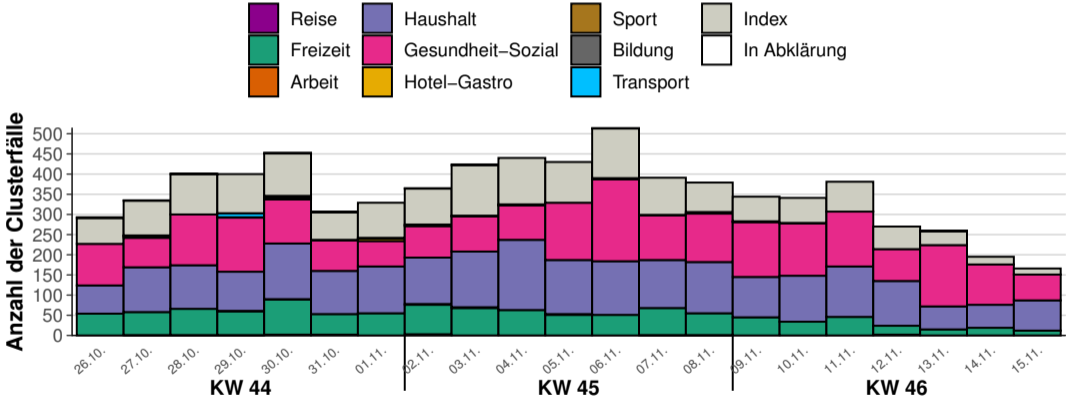
Tabelle 4: Schätzwerte des R_{eff} vom 08.11. bis zum 17.11.

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
08.11	1,28	(1,27 – 1,29)
09.11	1,23	(1,22 – 1,24)
10.11	1,21	(1,20 – 1,22)
11.11	1,21	(1,21 – 1,22)
12.11	1,19	(1,19 – 1,20)
13.11	1,17	(1,16 – 1,18)
14.11	1,13	(1,13 – 1,14)
15.11	1,09	(1,08 – 1,10)
16.11	1,06	(1,05 – 1,06)
17.11	1,04	(1,03 – 1,05)

Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Zeitlicher Verlauf bis 19.11.2020

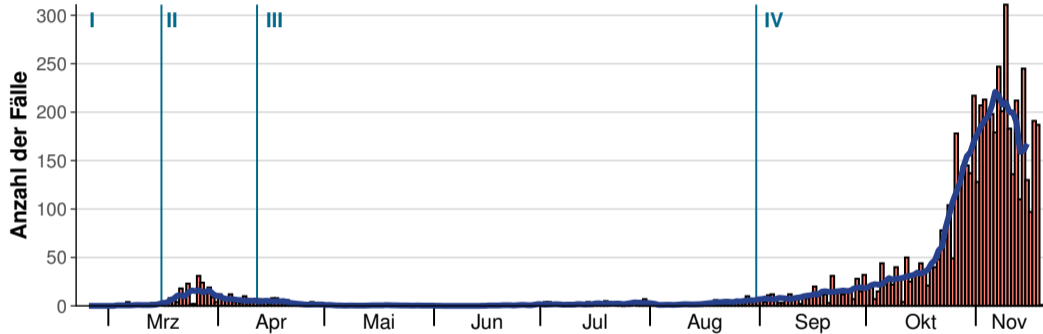


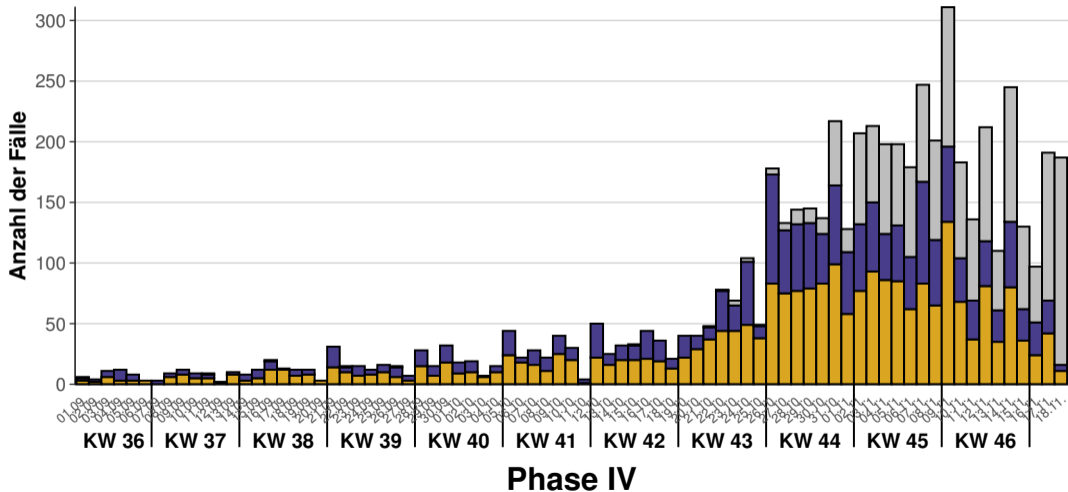
Abbildung 6: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Burgenland: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

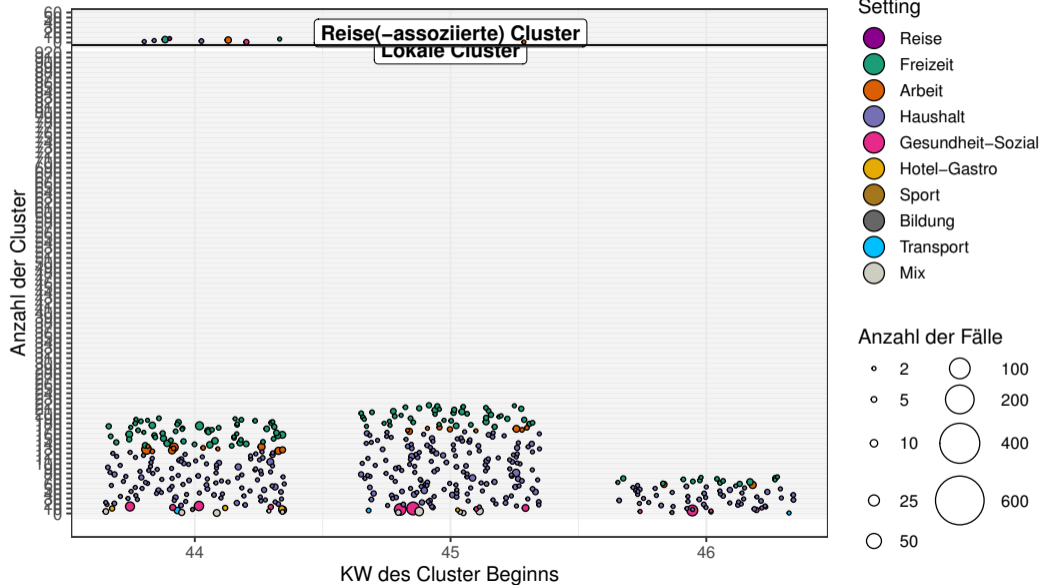
	41	42	43	44	45	46
Fälle Burgenland (N)	190	241	428	1.082	1.443	1.327
Fälle ungeklärt (n)	37	64	142	391	785	795
Indexfälle ³ (n)	25	36	85	179	213	74
Anteil geklärt	80,5%	73,4%	66,8%	63,9%	45,6%	40,1%
Fälle geklärt (n)	153	177	286	691	658	532
Clusterfälle (n)	169	204	357	850	832	497
sporadisch importierte Fälle (n)	4	6	3	9	7	2
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	140	165	267	667	618	424
Haushalt	37,1%	52,7%	42,7%	46,5%	53,1%	53,5%
Freizeit	15,0%	18,8%	31,5%	26,5%	24,9%	25,5%
Gesundheit-Sozial	5,7%	7,9%	1,5%	10,5%	12,0%	11,1%
Arbeit	7,1%	7,9%	11,6%	9,6%	7,6%	4,5%
Hotel-Gastro	5,0%	0,0%	3,4%	0,9%	1,0%	0,0%
Bildung	22,9%	4,2%	7,9%	4,9%	0,8%	5,0%
Transport	0,0%	1,8%	1,1%	0,4%	0,3%	0,5%
Reise	1,4%	1,8%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%
Haushalt (n)	52	87	114	310	328	227
Bildung (n)	32	7	21	33	5	21
Gesundheit-Sozial (n)	8	13	4	70	74	47
Reise (n)	2	3	0	4	0	0

Burgenland: Phase IV 01.09.2020 – 19.11.2020

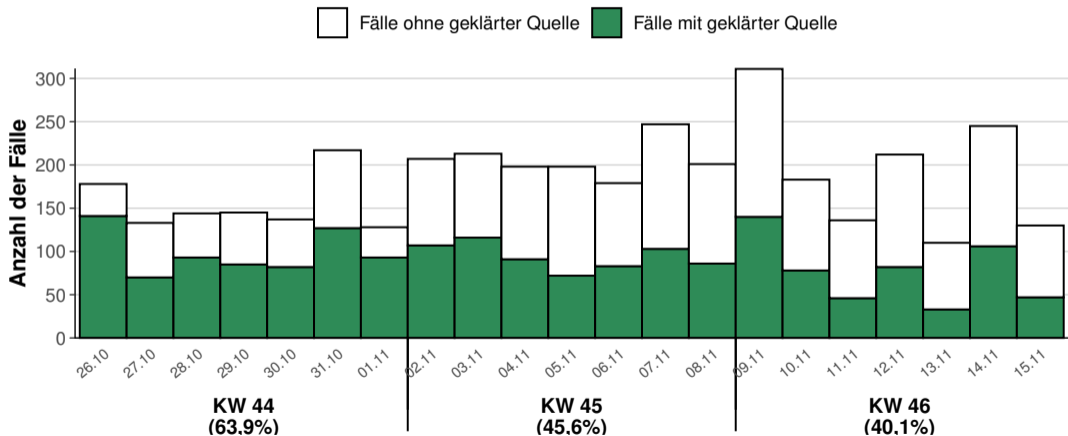
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



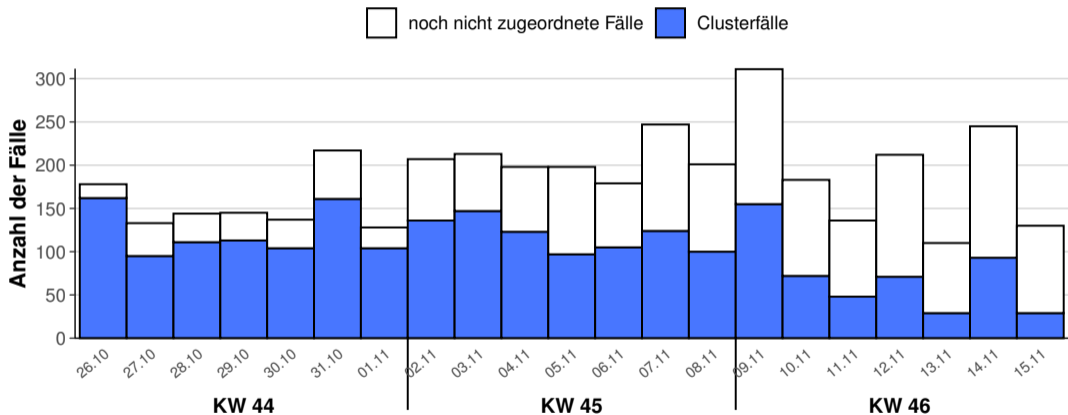
Burgenland: Cluster Settings



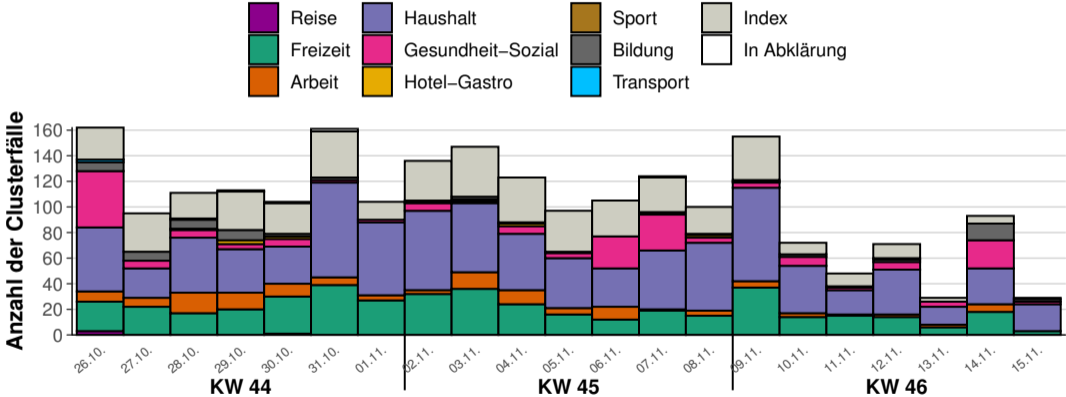
Burgenland: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Cluster Settings KW 44

Burgenland				
KW 44				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	1	0.5	2	0.3
Freizeit	58	29.3	236	33.7
Arbeit	12	6.1	86	12.3
Haushalt	111	56.1	270	38.6
Gesundheit-Sozial	5	2.5	47	6.7
Hotel-Gastro	3	1.5	15	2.1
Bildung	2	1.0	13	1.9
Transport	1	0.5	7	1.0
Mix: Haushalt + Bildung	1	0.5	3	0.4
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	1	0.5	2	0.3
Mix: Bildung + Freizeit	1	0.5	6	0.9
Mix: Arbeit + Freizeit	2	1.0	13	1.9
Gesamt	198		700	

Burgenland: Cluster Settings KW 45

Burgenland				
KW 45				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Freizeit	44	20.3	144	20.8
Arbeit	10	4.6	36	5.2
Haushalt	152	70.0	398	57.4
Gesundheit-Sozial	4	1.8	74	10.7
Hotel-Gastro	1	0.5	2	0.3
Transport	1	0.5	3	0.4
Mix: Bildung + Freizeit	1	0.5	3	0.4
Mix: Arbeit + Bildung	1	0.5	14	2.0
Mix: Arbeit + Freizeit	3	1.4	19	2.7
Gesamt	217		693	

Burgenland: Cluster Settings KW 46

Burgenland				
KW 46				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Freizeit	15	20.5	48	22.1
Arbeit	2	2.7	15	6.9
Haushalt	49	67.1	116	53.5
Gesundheit-Sozial	4	5.5	32	14.7
Bildung	2	2.7	4	1.8
Transport	1	1.4	2	0.9
Gesamt	73		217	

Burgenland: Arbeit KW 46

Burgenland							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Arbeit	Setting Detail	Firma Unternehmen - Handwerk, Haushalt	1	50	6	40
			Öffentlicher Dienst	1	50	9	60
			Gesamt	2		15	

Burgenland: Bildung KW 46

Burgenland							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Bildung	Setting Detail	Kindergarten	1	50	2	50
			Schule	1	50	2	50
			Gesamt	2		4	

Burgenland: Gesundheit-Sozial KW 46

Burgenland							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Gesundheit	Setting	Alten- und Pflegeheim	1	25	24	75.0
	Sozial	Detail	Bettenführende Krankenanstalt	2	50	6	18.8
			Heimpflege	1	25	2	6.2
			Gesamt	4		32	

Burgenland: Freizeit KW 46

Burgenland							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Freizeit	Setting Detail					
		Familientreffen		6	40.0	16	33.3
		Familientreffen, Freundetreffen, Haushalt		2	13.3	11	22.9
		Familientreffen, Haushalt		5	33.3	16	33.3
		Freundetreffen		2	13.3	5	10.4
		Gesamt		15		48	

Burgenland: Epidemiologische Parameter I

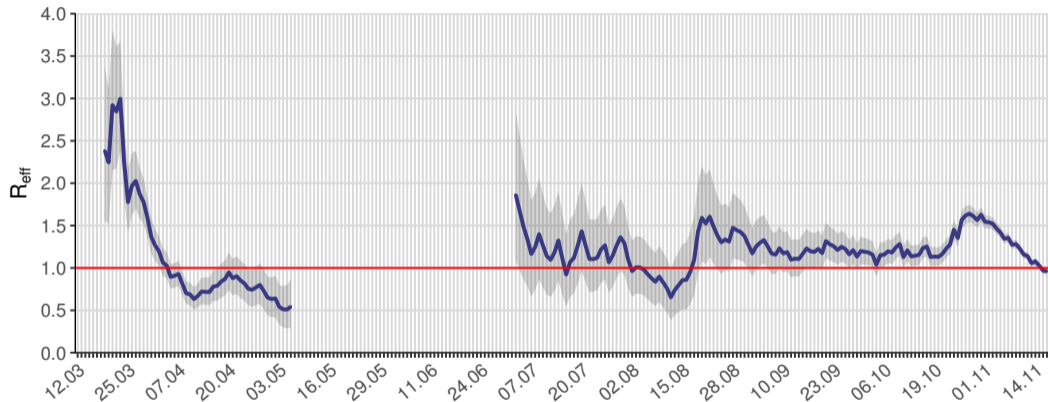


Abbildung 7: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 18.11. und 19.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Burgenland)

Burgenland: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 5: Schätzwerte des R_{eff} vom 08.11. bis zum 17.11.. (Burgenland)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
08.11	1,27	(1,22 - 1,32)
09.11	1,28	(1,23 - 1,33)
10.11	1,23	(1,18 - 1,27)
11.11	1,16	(1,11 - 1,20)
12.11	1,14	(1,10 - 1,18)
13.11	1,06	(1,01 - 1,10)
14.11	1,08	(1,04 - 1,12)
15.11	1,03	(0,99 - 1,07)
16.11	0,97	(0,93 - 1,01)
17.11	0,96	(0,92 - 1,00)

Burgenland: Altersverteilung I

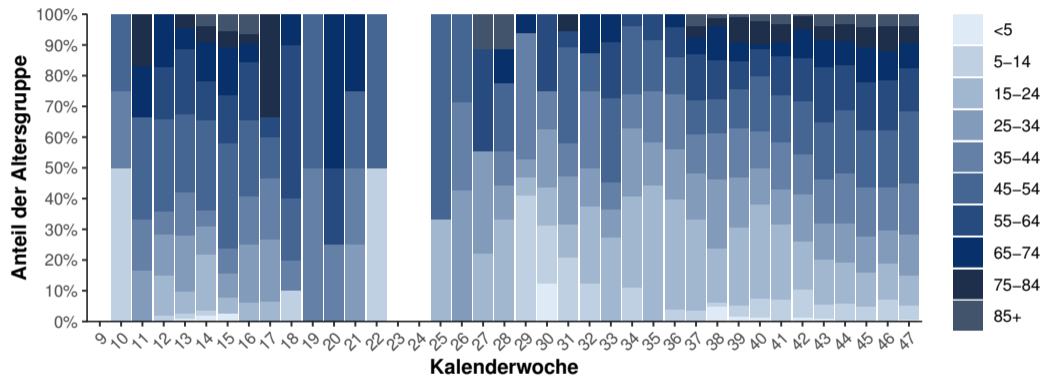


Abbildung 8: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Burgenland: Altersverteilung II

Tabelle 6: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

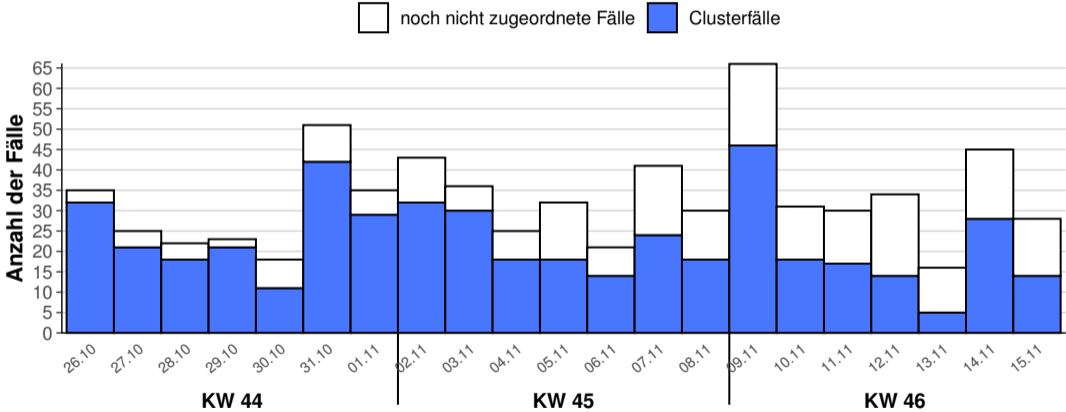
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
39	111	15	39.4	70.0
40	134	15	37.5	67.8
41	190	15	40.7	72.0
42	241	14	40.9	67.0
43	428	17	45.4	71.3
44	1.082	18	45.0	71.9
45	1.443	20	47.7	76.0
46	1.327	18	47.1	77.0

Burgenland: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 45, KW 46)

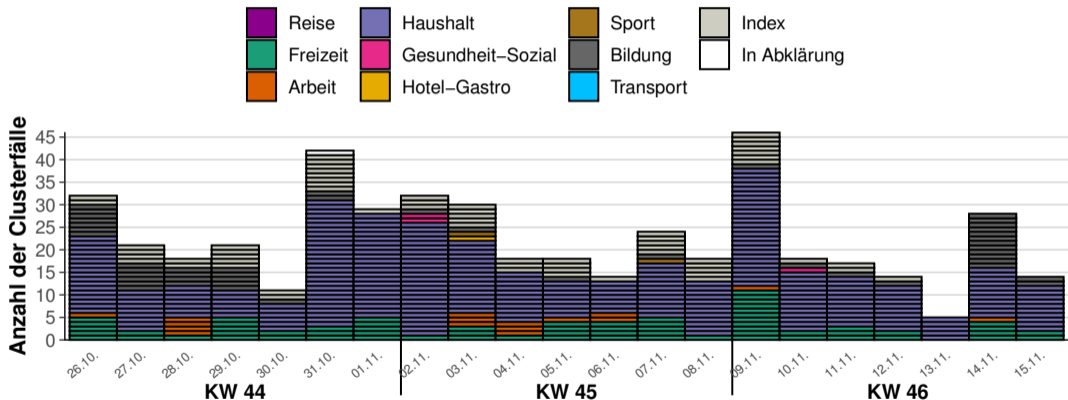
Tabelle 7: Verteilung der Infektionsfälle (KW 45 - 46 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 45							KW 46						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<6	1	10,0	3	30,0	6	60,0	10	1	14,3	6	85,7	0	0,0	7
6-9	2	9,1	19	86,4	1	4,5	22	3	20,0	8	53,3	4	26,7	15
10-14	8	21,6	17	45,9	12	32,4	37	18	23,7	31	40,8	27	35,5	76
15-19	23	35,4	23	35,4	19	29,2	65	17	27,4	16	25,8	29	46,8	62
20-24	41	43,6	21	22,3	32	34,0	94	29	32,2	14	15,6	47	52,2	90
Total	75	32,9	83	36,4	70	30,7	228	68	27,2	75	30,0	107	42,8	250

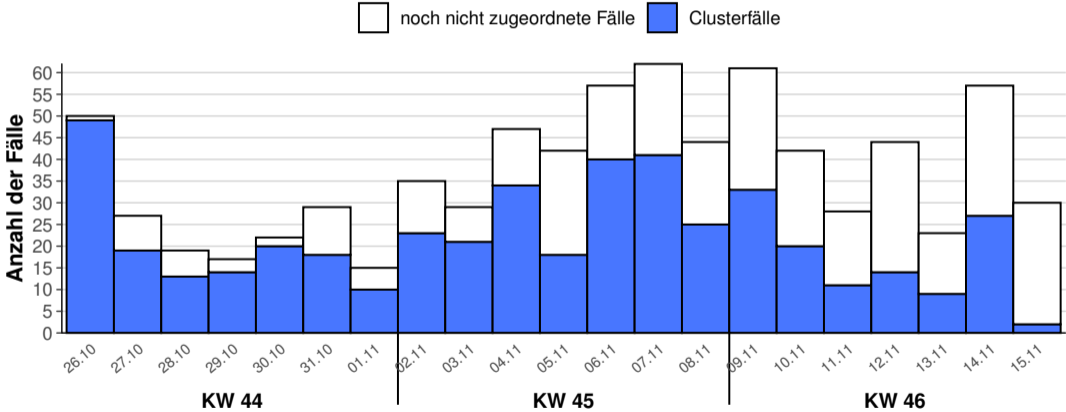
Burgenland: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



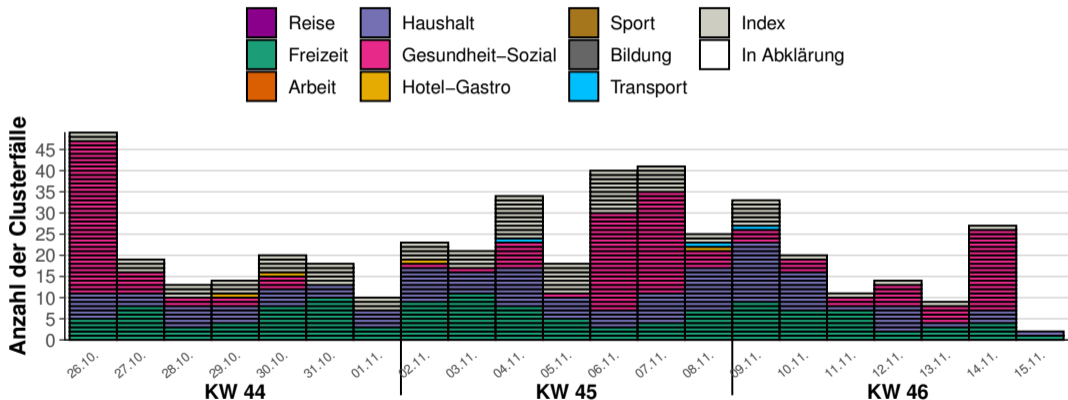
Burgenland: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Burgenland: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Zeitlicher Verlauf bis 19.11.2020

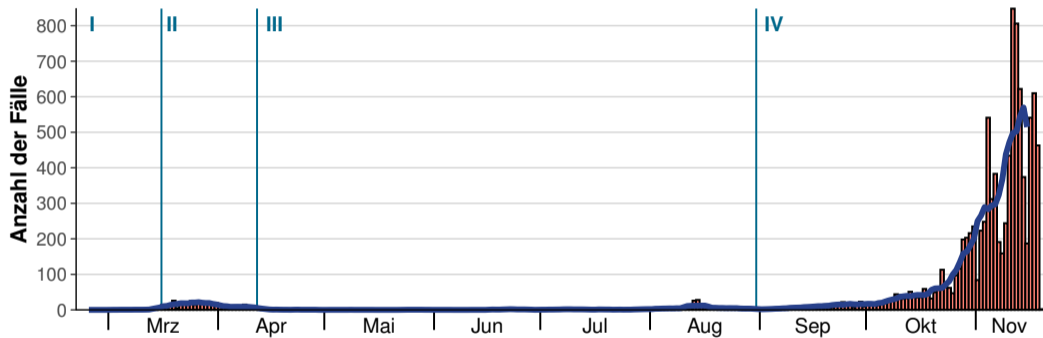


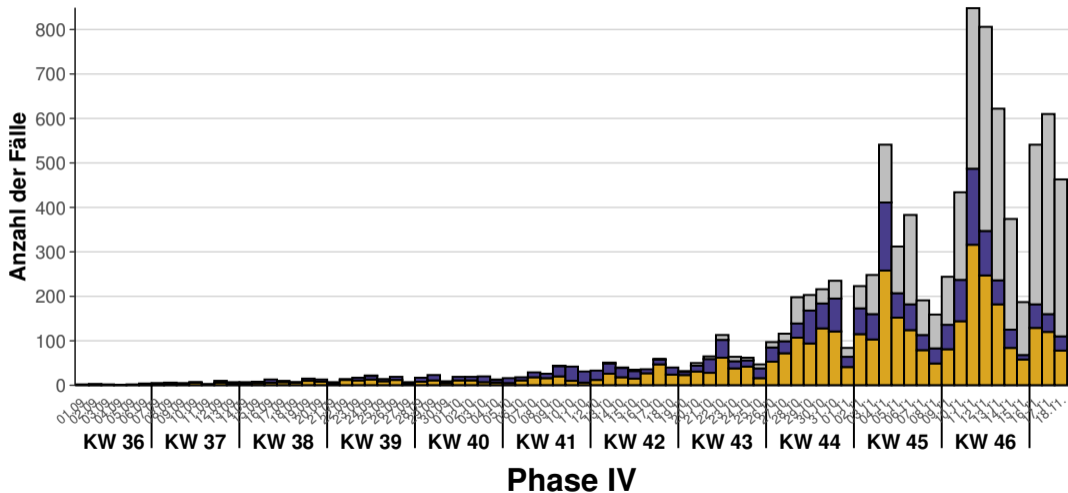
Abbildung 9: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Kärnten: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

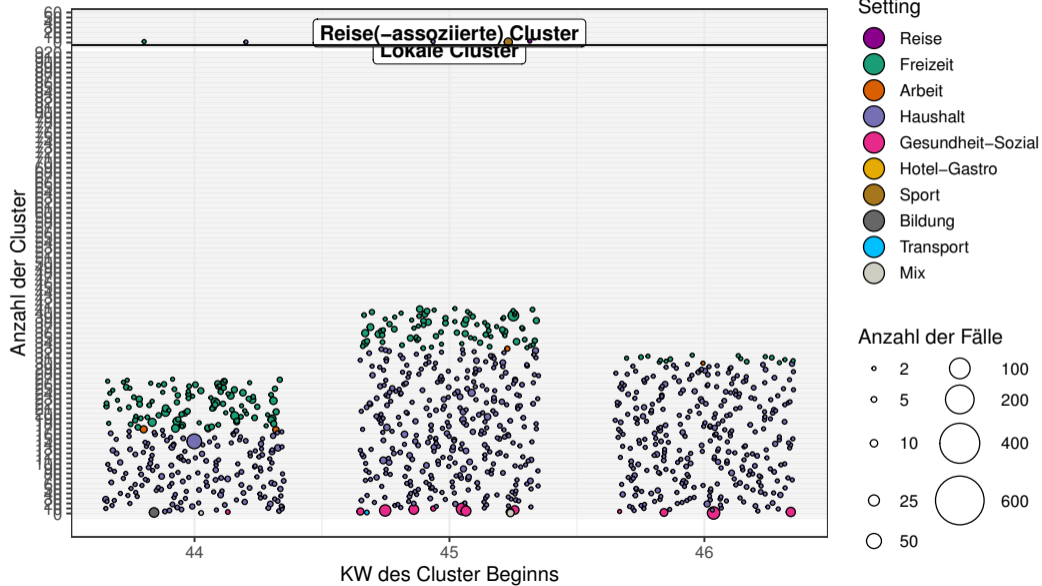
	41	42	43	44	45	46
Fälle Kärnten (N)	206	294	433	1.149	2.057	3.515
Fälle ungeklärt (n)	61	65	198	553	1.233	2.191
Indexfälle ³ (n)	35	34	88	241	392	363
Anteil geklärt	70,4%	77,9%	54,3%	51,9%	40,1%	37,7%
Fälle geklärt (n)	145	229	235	596	824	1.324
Clusterfälle (n)	176	255	306	805	1.158	1.417
sporadisch importierte Fälle (n)	2	6	7	6	6	3
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	140	220	220	560	762	1.056
Haushalt	37,1%	33,6%	40,5%	50,0%	69,6%	65,7%
Freizeit	18,6%	22,3%	21,4%	29,8%	22,7%	12,5%
Gesundheit-Sozial	35,7%	31,4%	23,2%	14,5%	3,9%	20,8%
Arbeit	1,4%	1,4%	0,9%	0,4%	1,4%	0,3%
Hotel-Gastro	0,0%	0,9%	5,0%	0,4%	0,0%	0,1%
Bildung	2,9%	7,7%	1,8%	4,3%	0,5%	0,5%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
Reise	1,4%	1,4%	0,0%	0,2%	1,2%	0,1%
Haushalt (n)	52	74	89	280	530	694
Bildung (n)	4	17	4	24	4	5
Gesundheit-Sozial (n)	50	69	51	81	30	220
Reise (n)	2	3	0	1	9	1

Kärnten: Phase IV 01.09.2020 – 19.11.2020

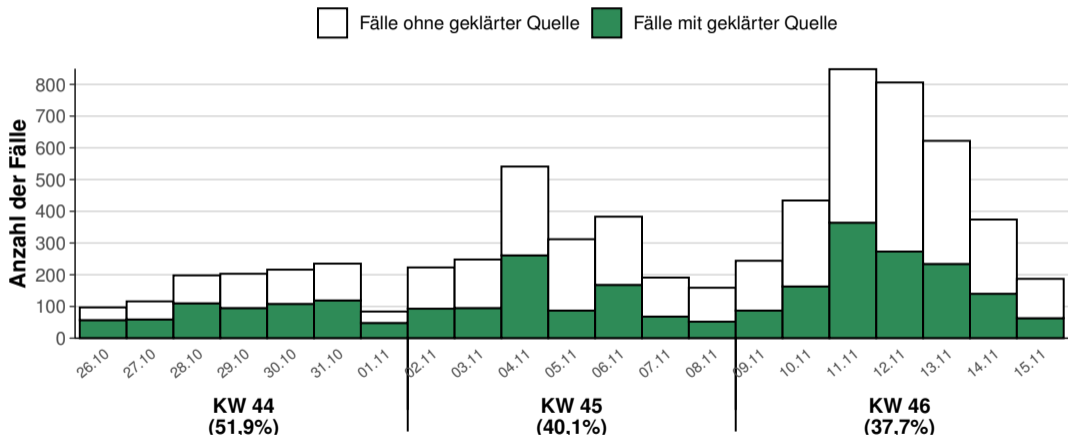
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



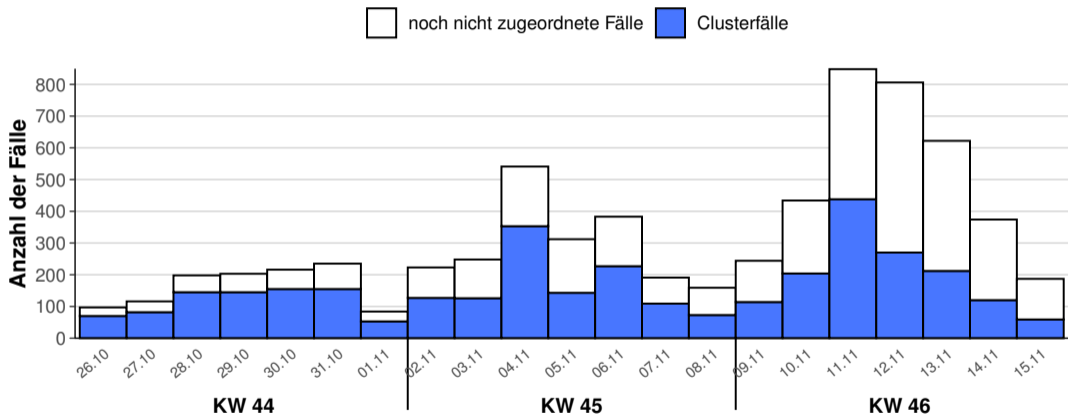
Kärnten: Cluster Settings



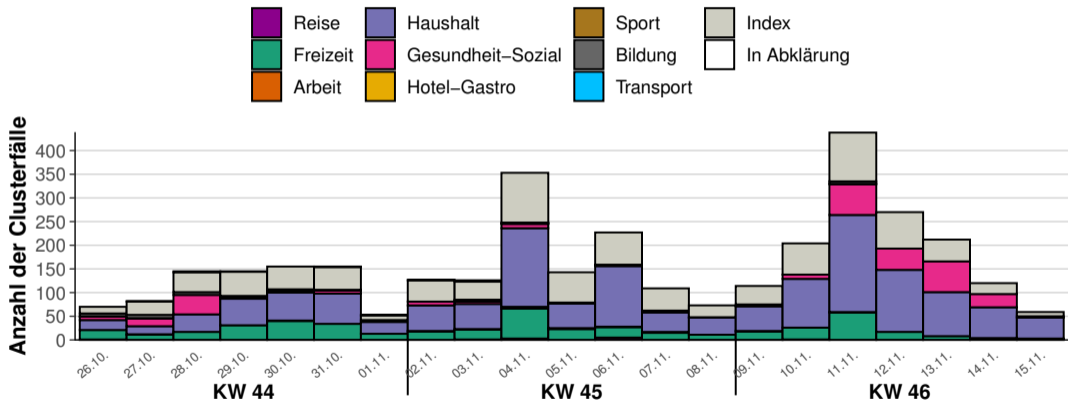
Kärnten: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Cluster Settings KW 44

Kärnten				
KW 44				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Freizeit	100	37.0	434	46.0
Arbeit	3	1.1	22	2.3
Haushalt	164	60.7	464	49.2
Gesundheit-Sozial	1	0.4	3	0.3
Bildung	1	0.4	18	1.9
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	1	0.4	3	0.3
Gesamt	270		944	

Kärnten: Cluster Settings KW 45

Kärnten				
KW 45				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	1	0.2	2	0.2
Freizeit	80	19.4	311	23.9
Arbeit	1	0.2	4	0.3
Haushalt	319	77.4	824	63.3
Gesundheit-Sozial	7	1.7	123	9.5
Sport	1	0.2	13	1.0
Bildung	1	0.2	11	0.8
Transport	1	0.2	3	0.2
Mix: Bildung + Freizeit	1	0.2	10	0.8
Gesamt	412		1.301	

Kärnten: Cluster Settings KW 46

Kärnten				
KW 46				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Freizeit	16	5.1	36	4.6
Arbeit	1	0.3	2	0.3
Haushalt	295	93.4	687	87.2
Gesundheit-Sozial	4	1.3	63	8.0
Gesamt	316		788	

Kärnten: Arbeit KW 46

Kärnten							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Arbeit	Setting Detail	Firma Unternehmen - Büro	1	100	2	100
Gesamt				1		2	

Kärnten: Gesundheit-Sozial KW 46

Kärnten							
KW 46							
			<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>	
Setting	Gesundheit Sozial	Setting Detail	Alten- und Pflegeheim	3	75	52	82.5
			Bettenführende Krankenanstalt	1	25	11	17.5
			Gesamt	4		63	

Kärnten: Freizeit KW 46

Kärnten							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Freizeit	Setting Detail	Familientreffen	3	18.8	6	16.7
			Freundetreffen	12	75.0	27	75.0
			Freundetreffen, Haushalt	1	6.2	3	8.3
			Gesamt	16		36	

Kärnten: Epidemiologische Parameter I

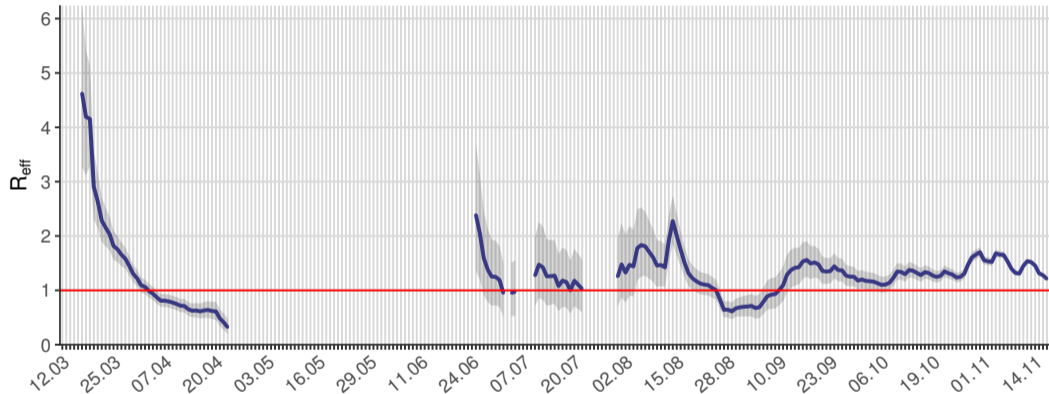


Abbildung 10: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 18.11. und 19.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Kärnten)

Kärnten: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 8: Schätzwerte des R_{eff} vom 08.11. bis zum 17.11.. (Kärnten)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
08.11	1,40	(1,35 - 1,44)
09.11	1,32	(1,27 - 1,37)
10.11	1,31	(1,27 - 1,35)
11.11	1,45	(1,41 - 1,49)
12.11	1,54	(1,49 - 1,58)
13.11	1,52	(1,48 - 1,56)
14.11	1,45	(1,42 - 1,49)
15.11	1,31	(1,28 - 1,35)
16.11	1,28	(1,24 - 1,31)
17.11	1,21	(1,18 - 1,24)

Kärnten: Altersverteilung I

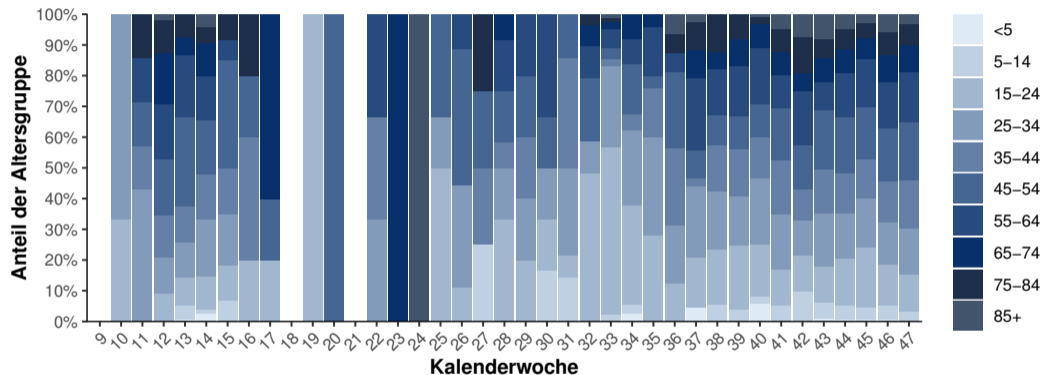


Abbildung 11: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Kärnten: Altersverteilung II

Tabelle 9: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

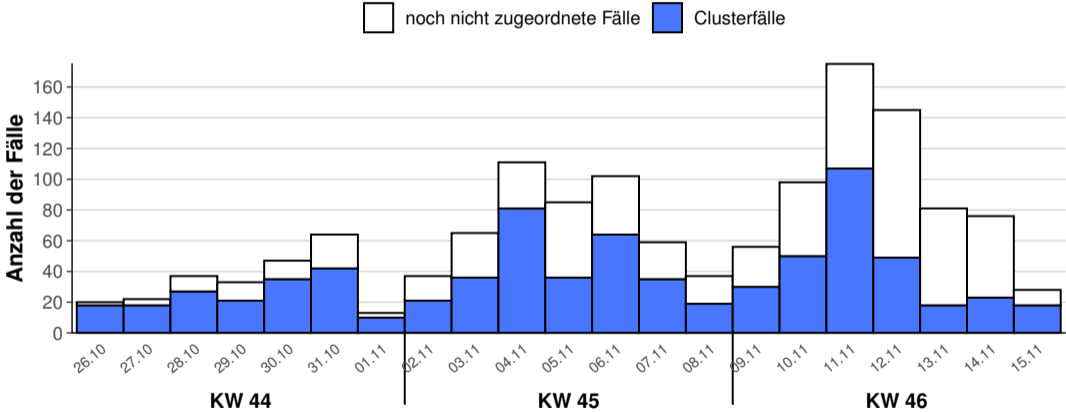
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
39	100	17.8	42.3	71.2
40	120	16.0	39.5	65.0
41	206	19.0	45.0	76.5
42	294	15.0	48.1	82.7
43	433	19.0	46.3	81.8
44	1.149	19.0	45.3	76.2
45	2.057	18.0	42.7	70.0
46	3.515	19.0	47.1	79.0

Kärnten: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 45, KW 46)

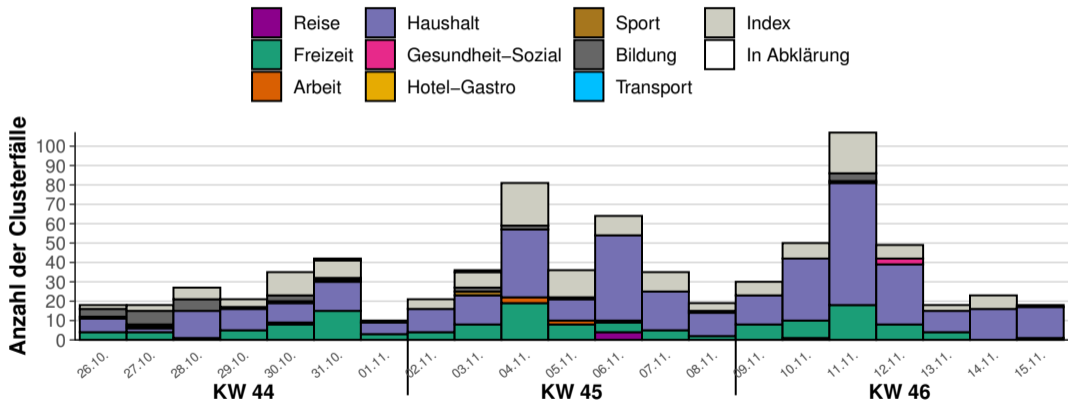
Tabelle 10: Verteilung der Infektionsfälle (KW 45 - 46 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 45							KW 46						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	4	18,2	12	54,5	6	27,3	22	8	24,2	11	33,3	14	42,4	33
6-9	5	20,8	12	50,0	7	29,2	24	7	17,9	16	41,0	16	41,0	39
10-14	5	10,9	29	63,0	12	26,1	46	27	25,0	45	41,7	36	33,3	108
15-19	72	36,2	62	31,2	65	32,7	199	56	28,1	55	27,6	88	44,2	199
20-24	90	43,9	37	18,0	78	38,0	205	89	31,8	46	16,4	145	51,8	280
Total	176	35,5	152	30,6	168	33,9	496	187	28,4	173	26,3	299	45,4	659

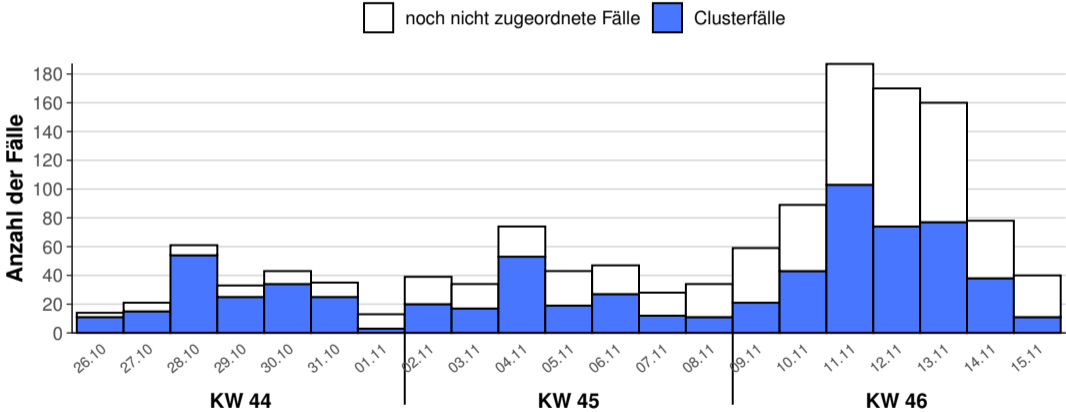
Kärnten: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



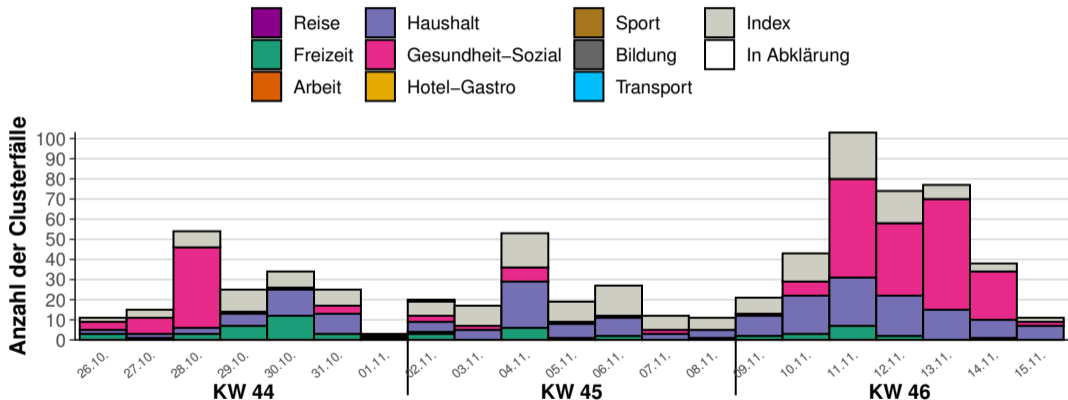
Kärnten: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 19.11.2020

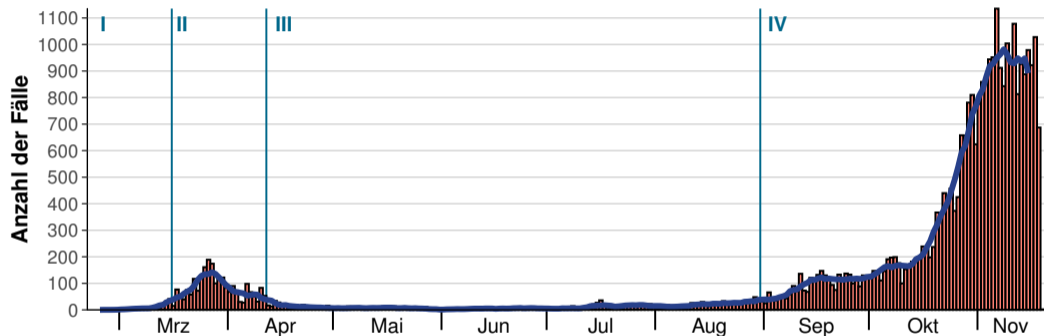


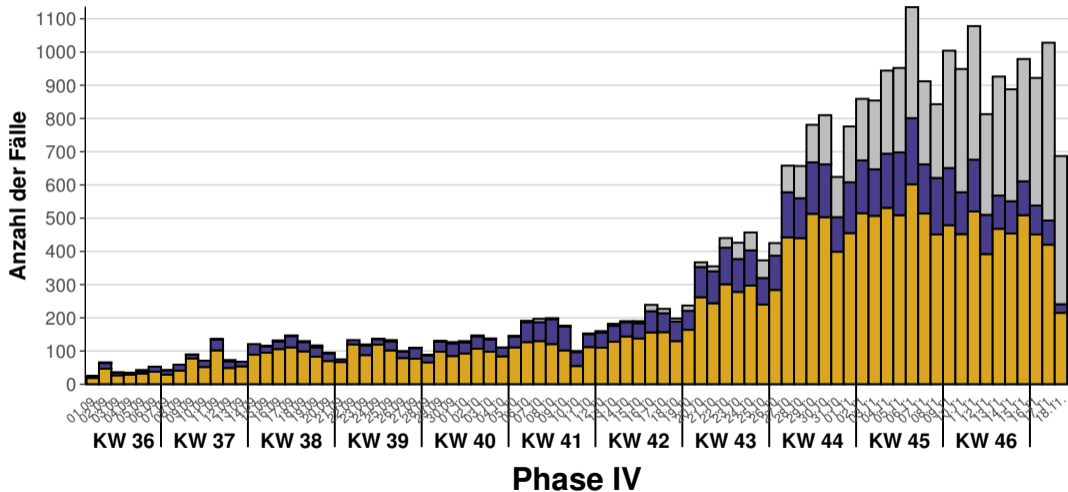
Abbildung 12: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Niederösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

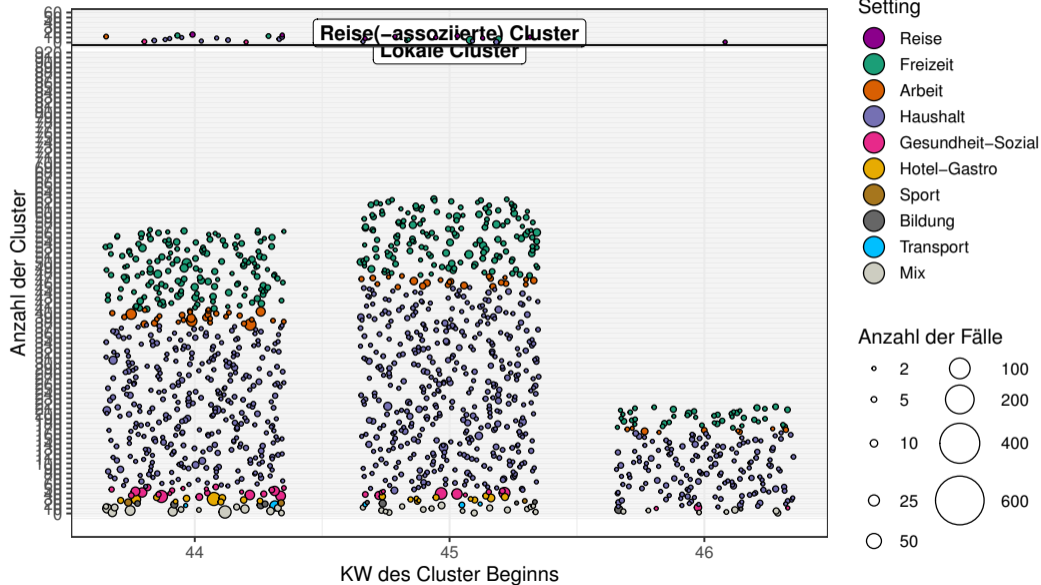
	41	42	43	44	45	46
Fälle Niederösterreich (N)	1.162	1.386	2.655	4.731	6.499	6.637
Fälle ungeklärt (n)	304	428	1.061	2.530	4.080	4.847
Indexfälle ³ (n)	162	214	378	561	638	224
Anteil geklärt	73,8%	69,1%	60,0%	46,5%	37,2%	27,0%
Fälle geklärt (n)	858	958	1.594	2.201	2.419	1.790
Clusterfälle (n)	937	1.077	1.849	2.609	2.795	1.395
sporadisch importierte Fälle (n)	24	43	27	17	10	3
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	766	862	1.481	2.052	2.167	1.173
Haushalt	39,7%	43,9%	44,9%	46,2%	56,9%	60,6%
Freizeit	18,5%	21,0%	18,0%	22,0%	25,4%	18,3%
Gesundheit-Sozial	13,2%	10,9%	13,2%	11,4%	7,5%	12,3%
Arbeit	9,9%	10,4%	10,7%	7,5%	5,6%	4,2%
Hotel-Gastro	1,7%	4,6%	1,7%	2,8%	1,6%	0,2%
Bildung	13,1%	5,8%	9,3%	6,6%	1,2%	3,8%
Transport	0,8%	0,1%	0,3%	1,2%	0,2%	0,1%
Reise	0,9%	1,9%	1,5%	1,4%	1,2%	0,4%
Haushalt (n)	304	378	665	948	1.233	711
Bildung (n)	100	50	138	135	26	44
Gesundheit-Sozial (n)	101	94	196	233	162	144
Reise (n)	7	16	22	29	25	5

Niederösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 19.11.2020

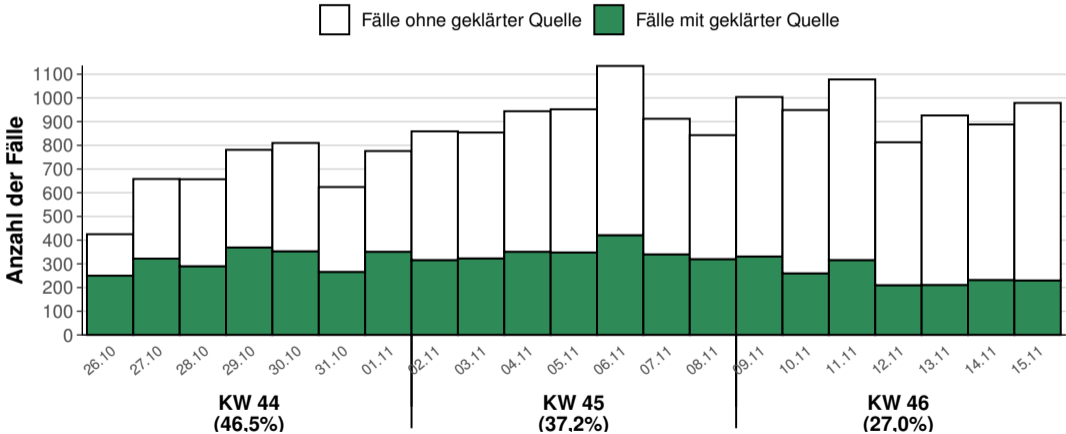
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



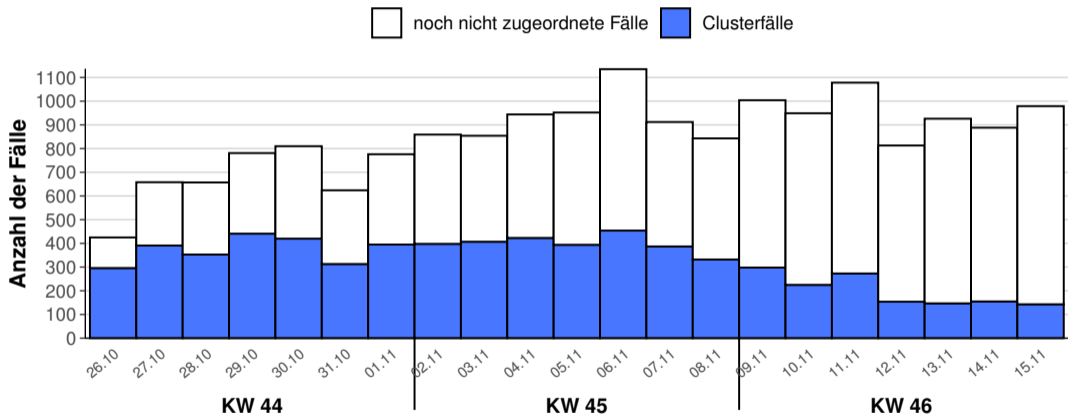
Niederösterreich: Cluster Settings



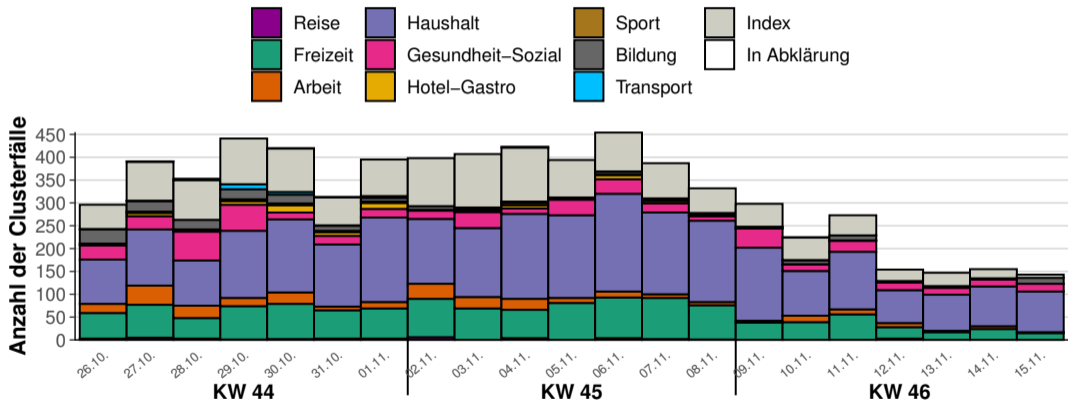
Niederösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Cluster Settings KW 44

Niederösterreich				
KW 44				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	2	0.3	6	0.3
Freizeit	161	27.7	674	29.2
Arbeit	32	5.5	204	8.8
Haushalt	332	57.0	908	39.4
Gesundheit-Sozial	23	4.0	186	8.1
Hotel-Gastro	10	1.7	102	4.4
Sport	2	0.3	16	0.7
Bildung	4	0.7	30	1.3
Transport	2	0.3	23	1.0
Mix: Freizeit + Gesundheit-Sozial	2	0.3	11	0.5
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	2	0.3	10	0.4
Mix: Bildung + Freizeit	4	0.7	56	2.4
Mix: Arbeit + Freizeit	6	1.0	81	3.5
Gesamt	582		2.307	

Niederösterreich: Cluster Settings KW 45

Niederösterreich				
KW 45				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	6	0.9	13	0.6
Freizeit	158	24.6	657	29.7
Arbeit	23	3.6	110	5.0
Haushalt	409	63.8	1.158	52.4
Gesundheit-Sozial	10	1.6	108	4.9
Hotel-Gastro	10	1.6	57	2.6
Sport	2	0.3	8	0.4
Bildung	4	0.6	16	0.7
Transport	3	0.5	10	0.5
Mix: Haushalt + Bildung	6	0.9	32	1.4
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	6	0.9	23	1.0
Mix: Bildung + Freizeit	2	0.3	10	0.5
Mix: Arbeit + Freizeit	2	0.3	9	0.4
Gesamt	641		2.211	

Niederösterreich: Cluster Settings KW 46

Niederösterreich				
KW 46				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	1	0.5	2	0.3
Freizeit	43	20.1	146	22.6
Arbeit	9	4.2	32	4.9
Haushalt	149	69.6	407	62.9
Gesundheit-Sozial	3	1.4	14	2.2
Bildung	2	0.9	14	2.2
Mix: Freizeit + Gesundheit-Sozial	1	0.5	4	0.6
Mix: Haushalt + Bildung	4	1.9	22	3.4
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	2	0.9	6	0.9
Gesamt	214		647	

Niederösterreich: Arbeit KW 46

Niederösterreich							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Arbeit	Setting Detail	Firma - Lebensmittelpro- duktionsbetrieb	1	11.1	2	6.2
			Firma Unternehmen - Büro	1	11.1	3	9.4
			Firma Unternehmen - Büro, Haushalt	1	11.1	8	25.0
			Haushalt, Kaserne	1	11.1	4	12.5
			Haushalt, Kundenbereich	3	33.3	11	34.4
			Kaserne	1	11.1	2	6.2
			Kundenbereich	1	11.1	2	6.2
			Gesamt	9		32	

Niederösterreich: Bildung KW 46

Niederösterreich							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Bildung	Setting Detail	Haushalt, Schule	1	50	12	85.7
			Kindergarten	1	50	2	14.3
			Gesamt	2		14	

Niederösterreich: Gesundheit-Sozial KW 46

Niederösterreich							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Gesundheit Sozial	Setting Detail	Alten- und Pflegeheim	1	33.3	10	71.4
			Bettenführende Krankenanstalt	2	66.7	4	28.6
			Gesamt	3		14	

Niederösterreich: Freizeit KW 46

Niederösterreich							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Freizeit	Setting Detail	Familientreffen	9	20.9	20	13.7
			Familientreffen, Freundetreffen	1	2.3	5	3.4
			Familientreffen, Haushalt	12	27.9	48	32.9
			Freundetreffen	8	18.6	18	12.3
			Freundetreffen, Haushalt	13	30.2	55	37.7
			Gesamt	43		146	

Niederösterreich: Epidemiologische Parameter I

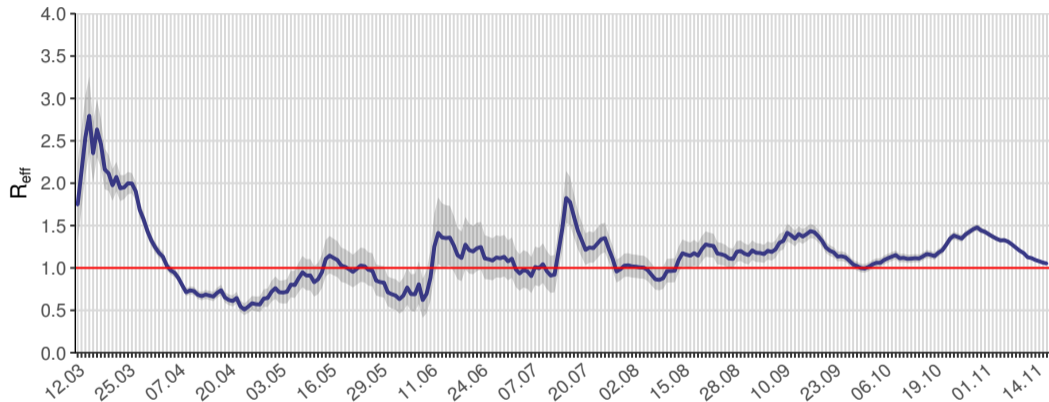


Abbildung 13: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 18.11. und 19.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Niederösterreich)

Niederösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 11: Schätzwerte des R_{eff} vom 08.11. bis zum 17.11.. (Niederösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
08.11	1,28	(1,25 - 1,30)
09.11	1,24	(1,22 - 1,26)
10.11	1,20	(1,18 - 1,22)
11.11	1,17	(1,15 - 1,20)
12.11	1,13	(1,11 - 1,15)
13.11	1,12	(1,10 - 1,14)
14.11	1,09	(1,07 - 1,11)
15.11	1,08	(1,06 - 1,10)
16.11	1,06	(1,04 - 1,08)
17.11	1,05	(1,03 - 1,07)

Niederösterreich: Altersverteilung I

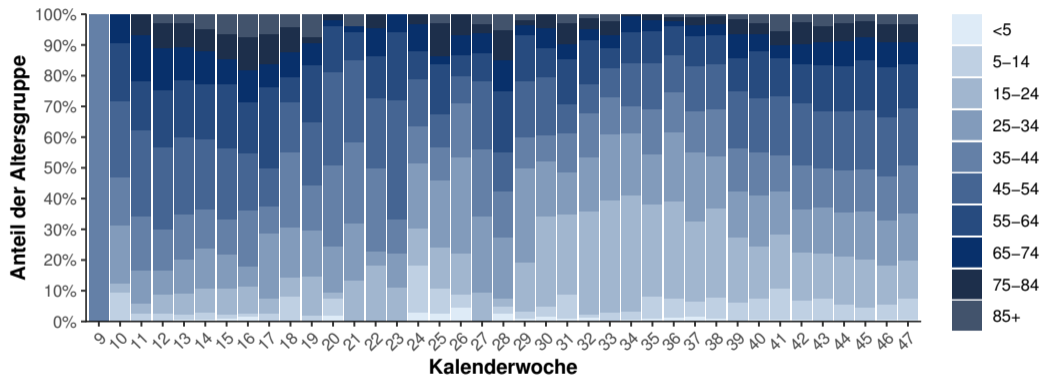


Abbildung 14: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Niederösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 12: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

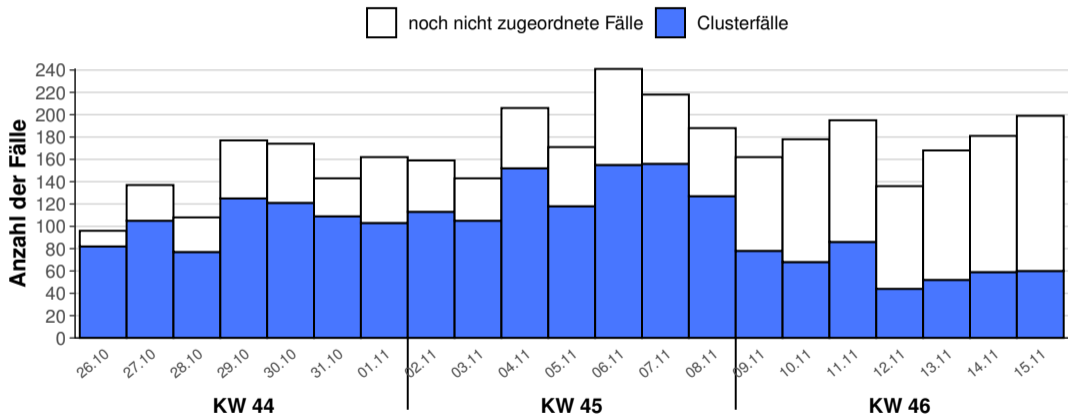
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
39	808	17	41.0	70
40	872	16	41.4	68
41	1.162	14	41.4	74
42	1.386	17	43.6	74
43	2.655	16	43.9	73
44	4.731	17	44.3	72
45	6.499	18	43.9	71
46	6.637	19	45.3	73

Niederösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 45, KW 46)

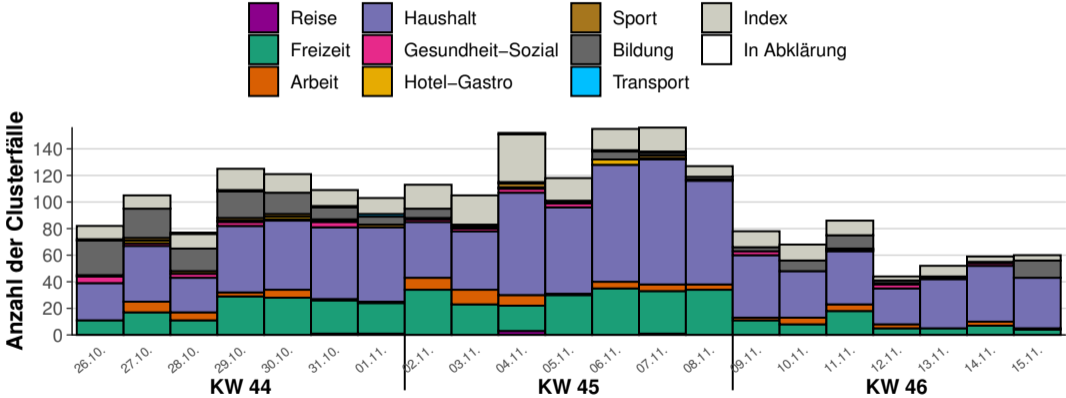
Tabelle 13: Verteilung der Infektionsfälle (KW 45 - 46 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 45							KW 46						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	19	52,8	11	30,6	6	16,7	36	18	41,9	14	32,6	11	25,6	43
6-9	26	35,6	36	49,3	11	15,1	73	29	37,2	30	38,5	19	24,4	78
10-14	92	49,2	71	38,0	24	12,8	187	110	47,0	67	28,6	57	24,4	234
15-19	259	55,8	131	28,2	74	15,9	464	201	52,1	73	18,9	112	29,0	386
20-24	366	64,7	86	15,2	114	20,1	566	264	55,2	57	11,9	157	32,8	478
Total	762	57,5	335	25,3	229	17,3	1326	622	51,0	241	19,8	356	29,2	1219

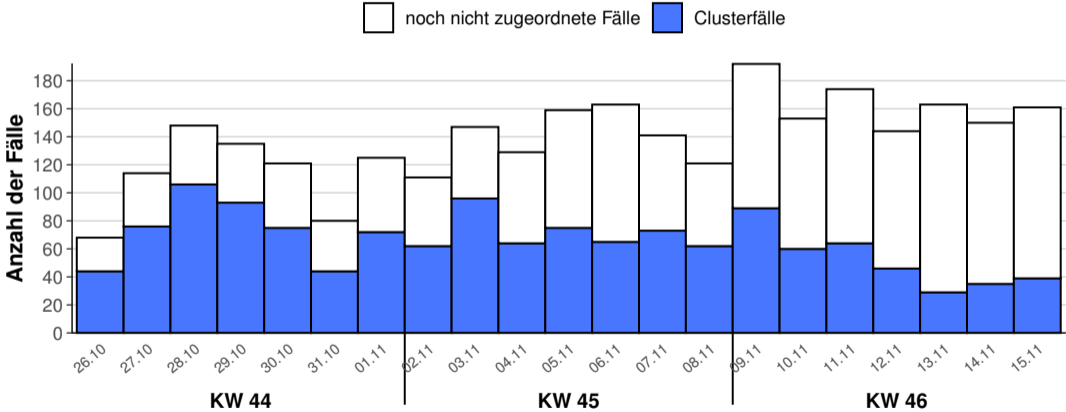
Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Oberösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 19.11.2020

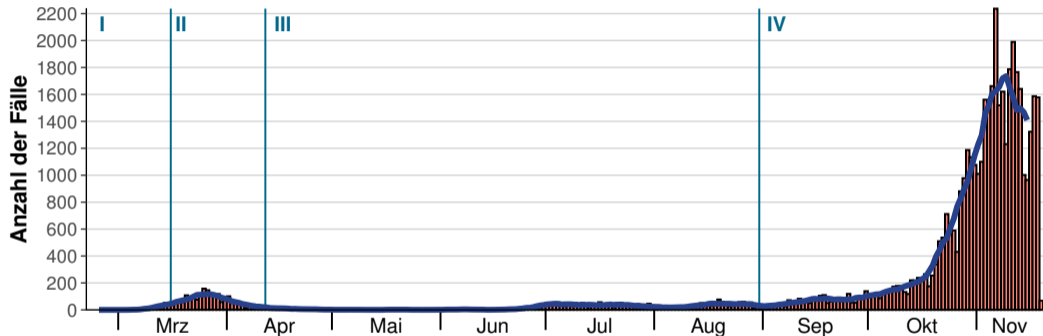


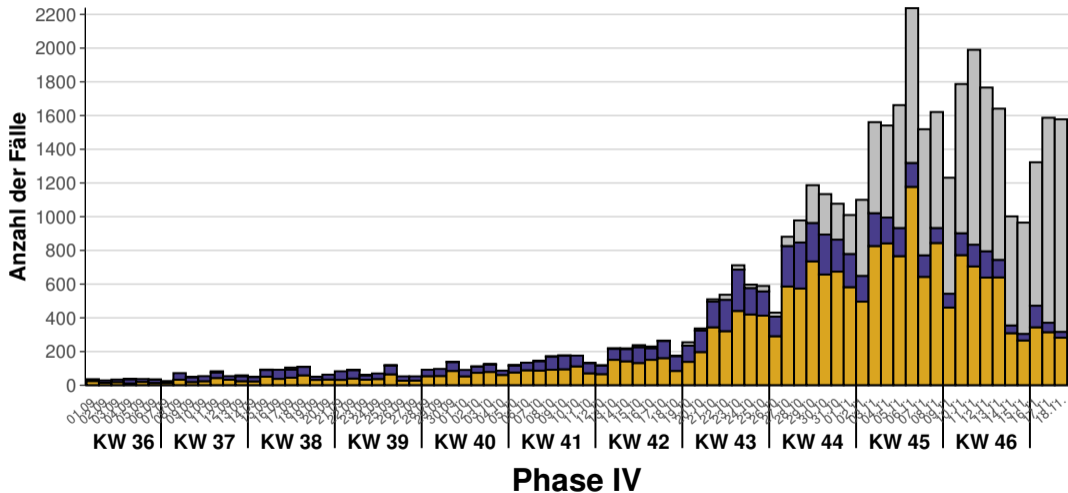
Abbildung 15: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Oberösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

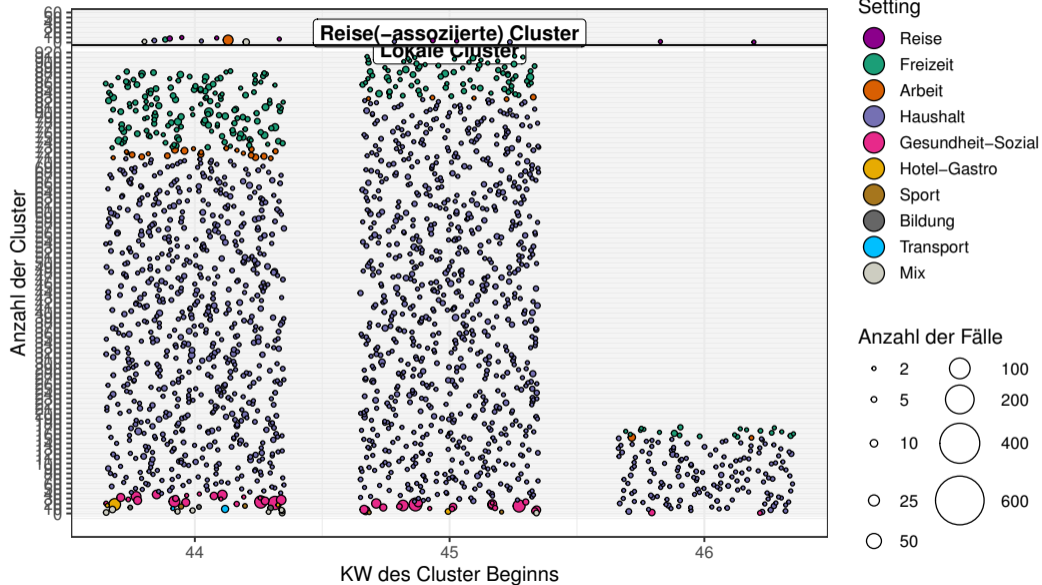
	41	42	43	44	45	46
Fälle Oberösterreich (N)	1.061	1.466	3.537	6.698	11.241	10.382
Fälle ungeklärt (n)	256	511	1.890	4.157	8.888	9.331
Indexfälle ³ (n)	150	198	527	887	933	172
Anteil geklärt	75,9%	65,1%	46,6%	37,9%	20,9%	10,1%
Fälle geklärt (n)	805	955	1.647	2.541	2.353	1.051
Clusterfälle (n)	920	1.118	2.123	3.347	3.154	977
sporadisch importierte Fälle (n)	18	10	17	23	6	8
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	758	904	1.584	2.447	2.214	799
Haushalt	41,6%	41,2%	43,9%	59,5%	73,6%	66,1%
Freizeit	26,0%	26,7%	22,7%	18,8%	11,7%	9,1%
Gesundheit-Sozial	8,4%	9,5%	17,4%	10,2%	12,6%	24,2%
Arbeit	11,1%	10,1%	5,7%	2,3%	1,4%	0,1%
Hotel-Gastro	3,3%	3,4%	1,0%	0,5%	0,0%	0,1%
Bildung	8,2%	6,6%	7,4%	7,7%	0,2%	0,1%
Transport	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Reise	1,3%	1,3%	0,9%	0,5%	0,4%	0,3%
Haushalt (n)	315	372	696	1.456	1.629	528
Bildung (n)	62	60	117	189	5	1
Gesundheit-Sozial (n)	64	86	276	250	278	193
Reise (n)	10	12	14	13	8	2

Oberösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 19.11.2020

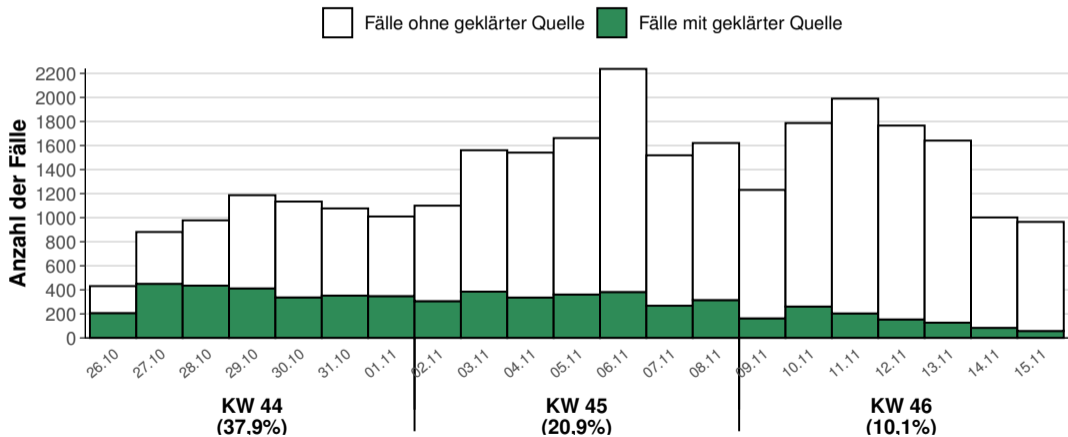
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



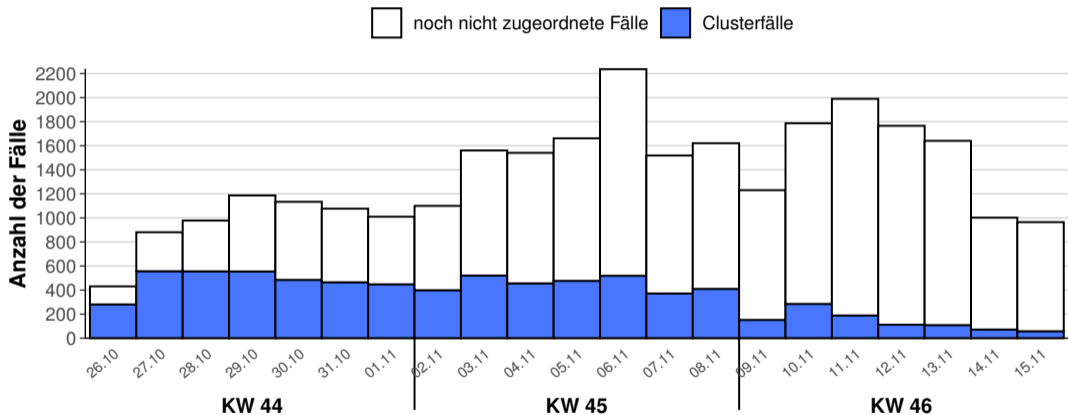
Oberösterreich: Cluster Settings



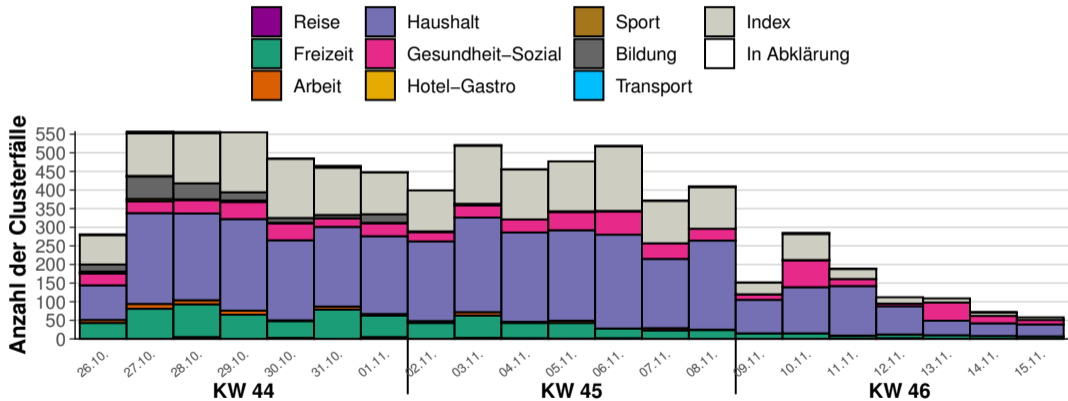
Oberösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Cluster Settings KW 44

Oberösterreich				
KW 44				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	4	0.4	10	0.3
Freizeit	155	17.4	608	21.2
Arbeit	22	2.5	106	3.7
Haushalt	671	75.1	1.785	62.3
Gesundheit-Sozial	21	2.4	247	8.6
Hotel-Gastro	3	0.3	33	1.2
Sport	2	0.2	7	0.2
Bildung	3	0.3	11	0.4
Transport	2	0.2	11	0.4
Mix: Freizeit + Gesundheit-Sozial	2	0.2	7	0.2
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	2	0.2	8	0.3
Mix: Bildung + Freizeit	3	0.3	13	0.5
Mix: Arbeit + Freizeit	3	0.3	18	0.6
Gesamt	893		2.864	

Oberösterreich: Cluster Settings KW 45

Oberösterreich				
KW 45				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	2	0.2	5	0.2
Freizeit	82	8.9	266	10.6
Arbeit	5	0.5	15	0.6
Haushalt	805	87.8	1.963	78.5
Gesundheit-Sozial	19	2.1	237	9.5
Hotel-Gastro	1	0.1	5	0.2
Sport	2	0.2	4	0.2
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	1	0.1	5	0.2
Gesamt	917		2.500	

Oberösterreich: Cluster Settings KW 46

Oberösterreich				
KW 46				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	2	1.1	4	1.0
Freizeit	20	11.5	53	12.7
Arbeit	2	1.1	13	3.1
Haushalt	148	85.1	336	80.8
Gesundheit-Sozial	2	1.1	10	2.4
Gesamt	174		416	

Oberösterreich: Arbeit KW 46

Oberösterreich							
KW 46							
			<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>	
Setting	Arbeit	Setting Detail	Firma Unternehmen - Büro, Haushalt	1	50	3	23.1
			Haushalt, Kundenbereich	1	50	10	76.9
			Gesamt	2		13	

Oberösterreich: Gesundheit-Sozial KW 46

Oberösterreich							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Gesundheit	Setting	Alten- und Pflegeheim	2	100	10	100
	Sozial	Detail					
Gesamt				2		10	

Oberösterreich: Freizeit KW 46

Oberösterreich							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Freizeit	Setting Detail	Familientreffen, Haushalt	3	15	12	22.6
			Freundetreffen	12	60	25	47.2
			Freundetreffen, Haushalt	5	25	16	30.2
			Gesamt	20		53	

Oberösterreich: Epidemiologische Parameter I

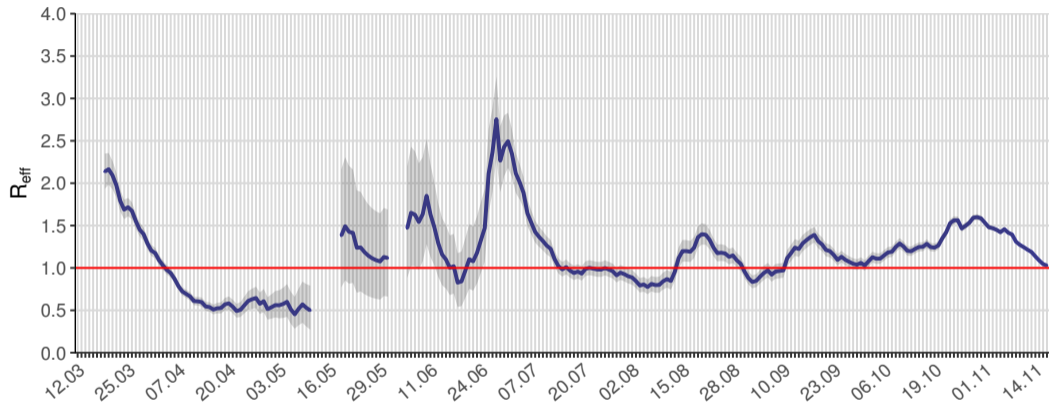


Abbildung 16: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 18.11. und 19.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Oberösterreich)

Oberösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 14: Schätzwerte des R_{eff} vom 08.11. bis zum 17.11.. (Oberösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
08.11	1,39	(1,37 - 1,42)
09.11	1,31	(1,29 - 1,33)
10.11	1,27	(1,25 - 1,29)
11.11	1,25	(1,23 - 1,26)
12.11	1,22	(1,20 - 1,23)
13.11	1,19	(1,17 - 1,20)
14.11	1,14	(1,12 - 1,15)
15.11	1,09	(1,07 - 1,10)
16.11	1,05	(1,03 - 1,06)
17.11	1,03	(1,01 - 1,04)

Oberösterreich: Altersverteilung I

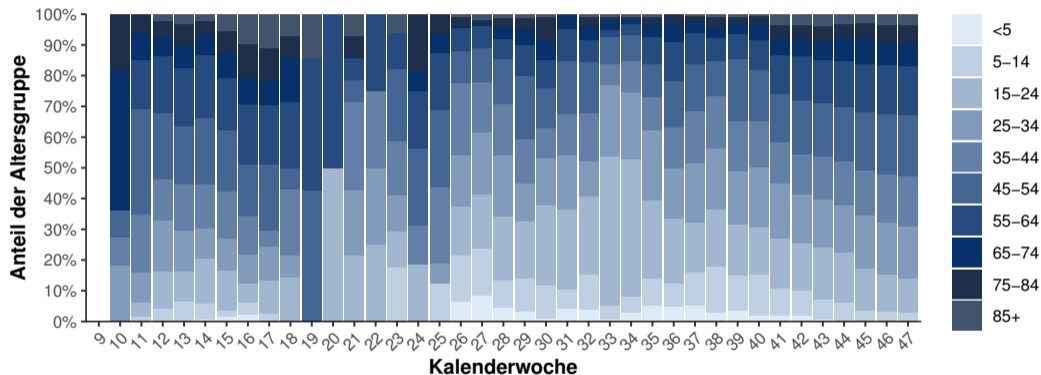


Abbildung 17: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Oberösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 15: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

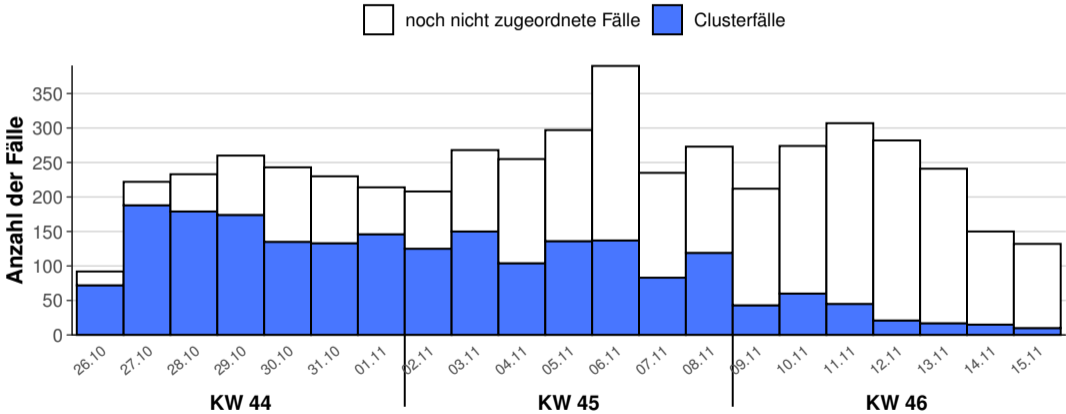
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
39	532	10.0	35.4	58.0
40	745	11.0	35.9	62.0
41	1.061	14.0	40.3	70.0
42	1.466	14.5	41.5	69.5
43	3.537	16.0	42.6	72.0
44	6.698	17.0	43.3	71.0
45	11.241	20.0	44.8	71.0
46	10.382	21.0	45.8	73.0

Oberösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 45, KW 46)

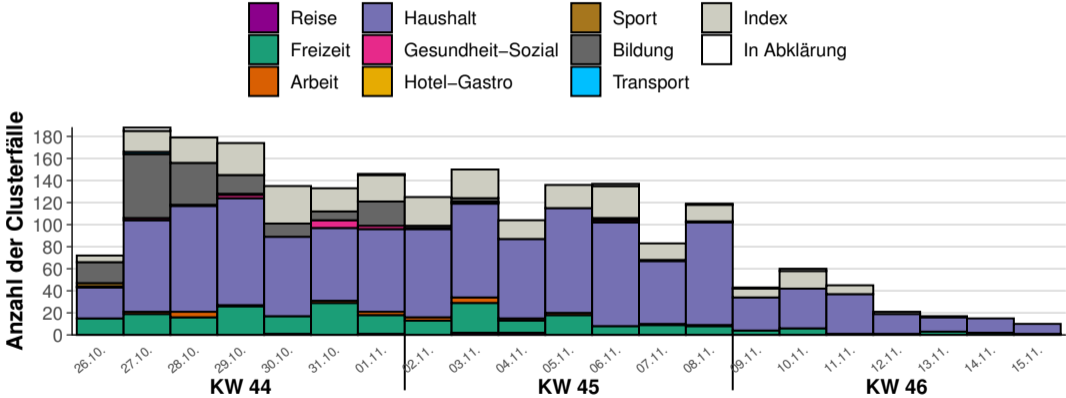
Tabelle 16: Verteilung der Infektionsfälle (KW 45 - 46 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 45							KW 46						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<6	15	32,6	13	28,3	18	39,1	46	17	41,5	3	7,3	21	51,2	41
6-9	31	32,3	22	22,9	43	44,8	96	20	29,9	2	3,0	45	67,2	67
10-14	102	38,6	47	17,8	115	43,6	264	89	39,0	18	7,9	121	53,1	228
15-19	297	47,4	71	11,3	259	41,3	627	184	37,7	53	10,9	251	51,4	488
20-24	471	52,7	78	8,7	344	38,5	893	297	38,4	47	6,1	430	55,6	774
Total	916	47,6	231	12,0	779	40,4	1926	607	38,0	123	7,7	868	54,3	1598

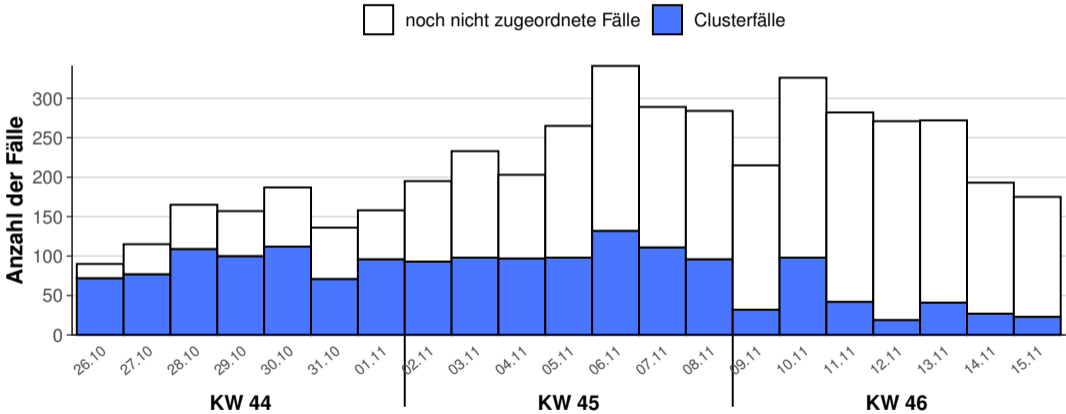
Oberösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



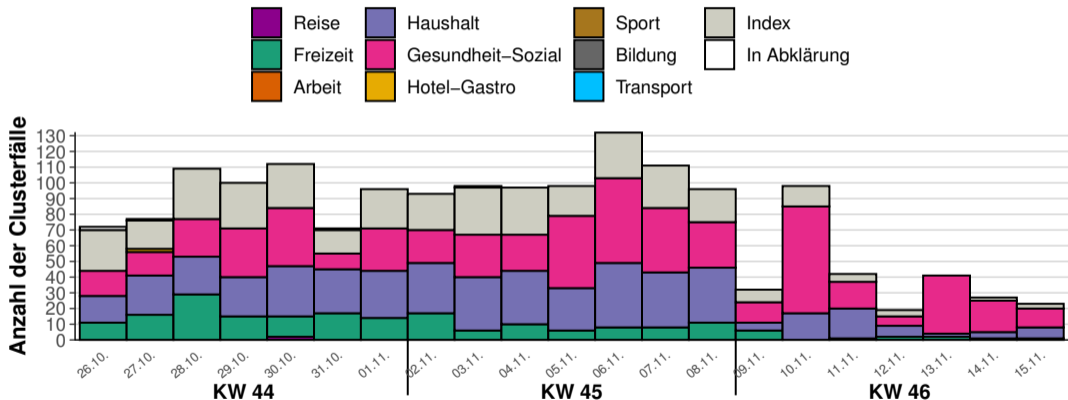
Oberösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Zeitlicher Verlauf bis 19.11.2020

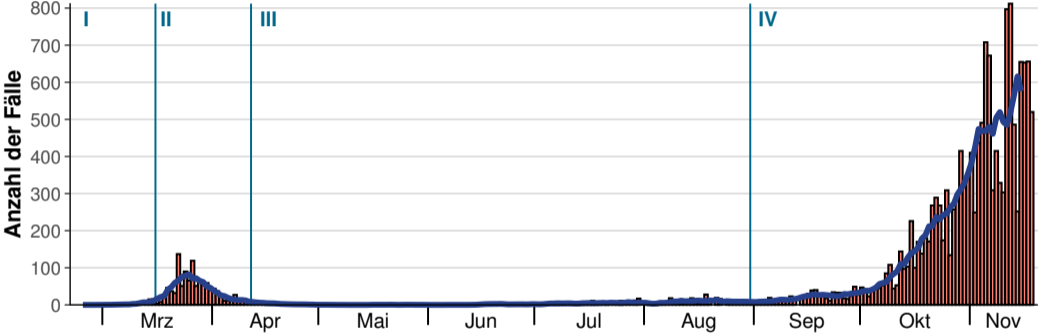


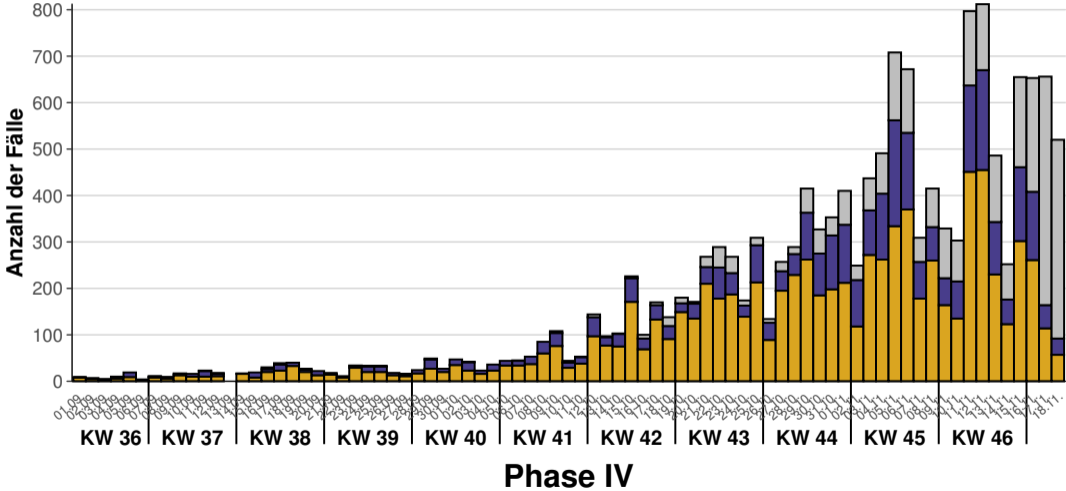
Abbildung 18: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Salzburg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

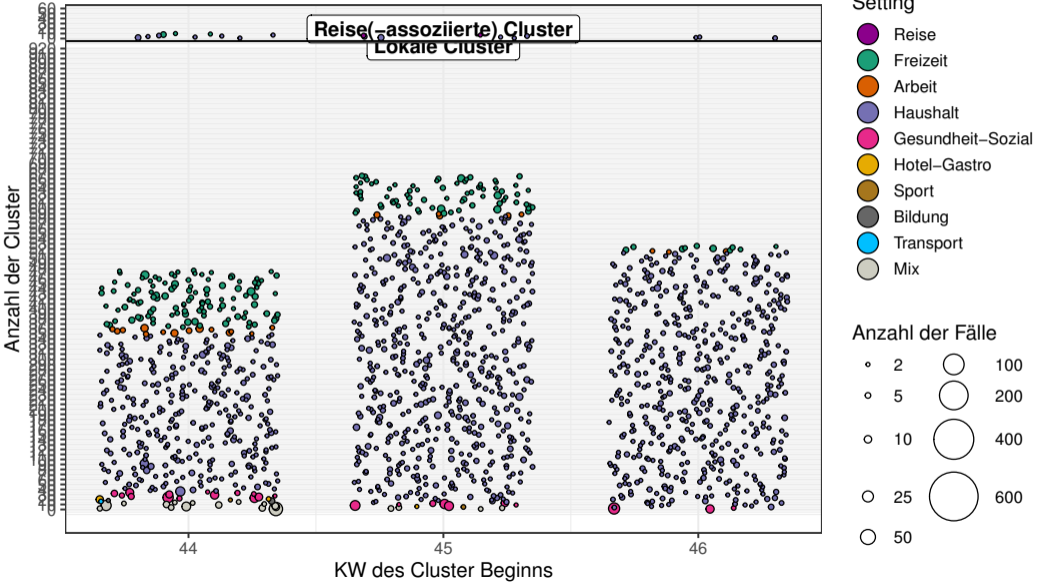
	41	42	43	44	45	46
Fälle Salzburg (N)	432	978	1.659	2.185	3.281	3.634
Fälle ungeklärt (n)	150	435	857	1.052	1.896	2.216
Indexfälle ³ (n)	75	187	316	461	680	541
Anteil geklärt	65,3%	55,5%	48,3%	51,9%	42,2%	39,0%
Fälle geklärt (n)	282	543	802	1.133	1.385	1.418
Clusterfälle (n)	342	716	1.083	1.556	2.010	1.819
sporadisch importierte Fälle (n)	10	10	25	20	30	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	254	511	756	1.107	1.324	1.270
Haushalt	48,4%	59,5%	54,9%	61,4%	67,4%	83,5%
Freizeit	26,0%	21,9%	21,7%	20,9%	18,4%	7,3%
Gesundheit-Sozial	5,5%	4,1%	7,7%	7,7%	8,3%	7,2%
Arbeit	3,5%	5,9%	7,9%	5,2%	3,2%	0,9%
Hotel-Gastro	0,8%	1,2%	0,5%	0,4%	0,3%	0,0%
Bildung	12,6%	6,8%	5,6%	3,4%	0,5%	0,9%
Transport	0,4%	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	0,1%
Reise	2,4%	0,4%	1,3%	0,8%	0,8%	0,2%
Haushalt (n)	123	304	415	680	892	1.060
Bildung (n)	32	35	42	38	6	11
Gesundheit-Sozial (n)	14	21	58	85	110	91
Reise (n)	6	2	10	9	10	2

Salzburg: Phase IV 01.09.2020 – 19.11.2020

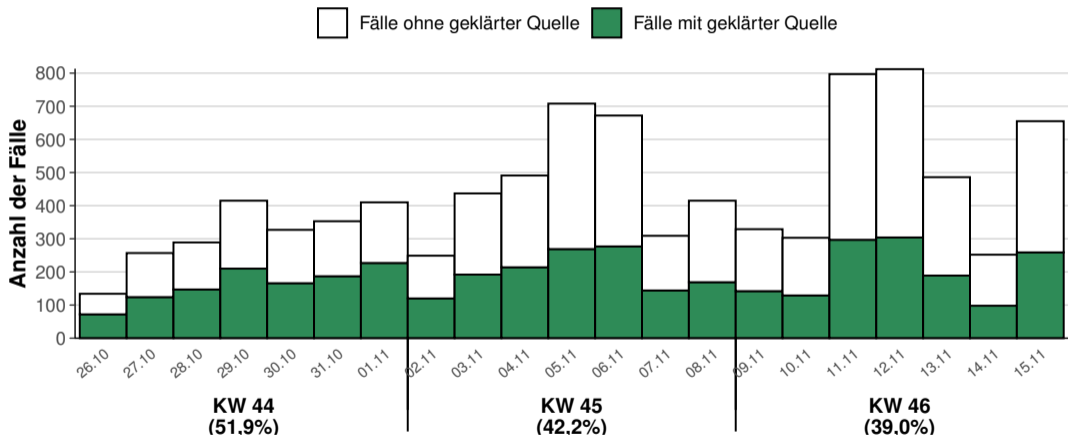
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



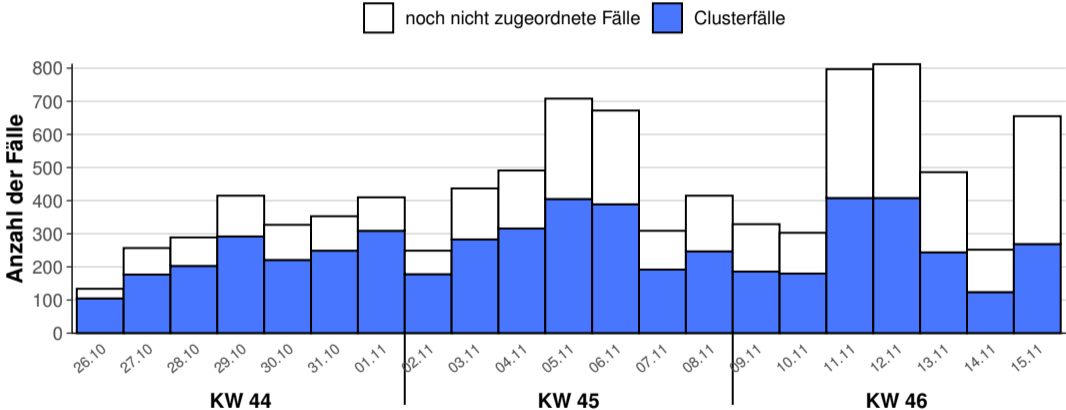
Salzburg: Cluster Settings



Salzburg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Cluster Settings KW 44

Salzburg				
KW 44				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Freizeit	117	24.0	416	25.8
Arbeit	14	2.9	72	4.5
Haushalt	321	65.9	847	52.5
Gesundheit-Sozial	14	2.9	115	7.1
Hotel-Gastro	2	0.4	13	0.8
Sport	1	0.2	2	0.1
Bildung	2	0.4	9	0.6
Transport	1	0.2	3	0.2
Mix: Freizeit + Gesundheit-Sozial	3	0.6	10	0.6
Mix: Haushalt + Bildung	2	0.4	46	2.9
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	2	0.4	29	1.8
Mix: Bildung + Freizeit	2	0.4	12	0.7
Mix: Arbeit + Freizeit	6	1.2	40	2.5
Gesamt	487		1.614	

Salzburg: Cluster Settings KW 45

Salzburg				
KW 45				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	2	0.3	5	0.3
Freizeit	76	11.3	249	13.1
Arbeit	5	0.7	22	1.2
Haushalt	577	85.7	1.526	80.5
Gesundheit-Sozial	7	1.0	72	3.8
Hotel-Gastro	1	0.1	2	0.1
Sport	1	0.1	3	0.2
Mix: Haushalt + Bildung	2	0.3	8	0.4
Mix: Bildung + Freizeit	1	0.1	4	0.2
Mix: Arbeit + Freizeit	1	0.1	5	0.3
Gesamt	673		1.896	

Salzburg: Cluster Settings KW 46

Salzburg				
KW 46				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Freizeit	10	1.9	42	3.1
Arbeit	3	0.6	11	0.8
Haushalt	513	97.0	1.277	93.1
Gesundheit-Sozial	3	0.6	42	3.1
Gesamt	529		1.372	

Salzburg: Arbeit KW 46

Salzburg							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Arbeit	Setting Detail	Firma Unternehmen - Büro	1	33.3	3	27.3
			Firma Unternehmen - Handwerk, Haushalt	1	33.3	3	27.3
			Haushalt, Kaserne	1	33.3	5	45.5
			Gesamt	3		11	

Salzburg: Gesundheit-Sozial KW 46

Salzburg							
KW 46							
			<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>	
Setting	Gesundheit	Setting	Alten- und Pflegeheim	1	33.3	3	7.1
	Sozial	Detail	Alten- und Pflegeheim, Haushalt	2	66.7	39	92.9
			Gesamt	3		42	

Salzburg: Freizeit KW 46

Salzburg							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Freizeit	Setting Detail	Familientreffen	1	10	2	4.8
			Freundentreffen, Haushalt	9	90	40	95.2
			Gesamt	10		42	

Salzburg: Epidemiologische Parameter I

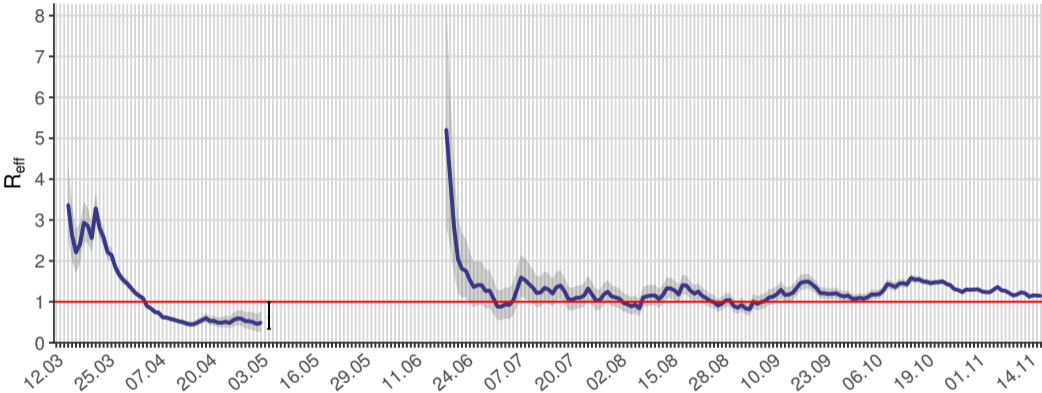


Abbildung 19: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 18.11. und 19.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Salzburg)

Salzburg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 17: Schätzwerte des R_{eff} vom 08.11. bis zum 17.11.. (Salzburg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
08.11	1,27	(1,23 - 1,30)
09.11	1,21	(1,18 - 1,24)
10.11	1,15	(1,12 - 1,18)
11.11	1,18	(1,15 - 1,21)
12.11	1,23	(1,20 - 1,26)
13.11	1,21	(1,18 - 1,24)
14.11	1,13	(1,10 - 1,15)
15.11	1,16	(1,13 - 1,18)
16.11	1,15	(1,13 - 1,18)
17.11	1,14	(1,12 - 1,17)

Salzburg: Altersverteilung I

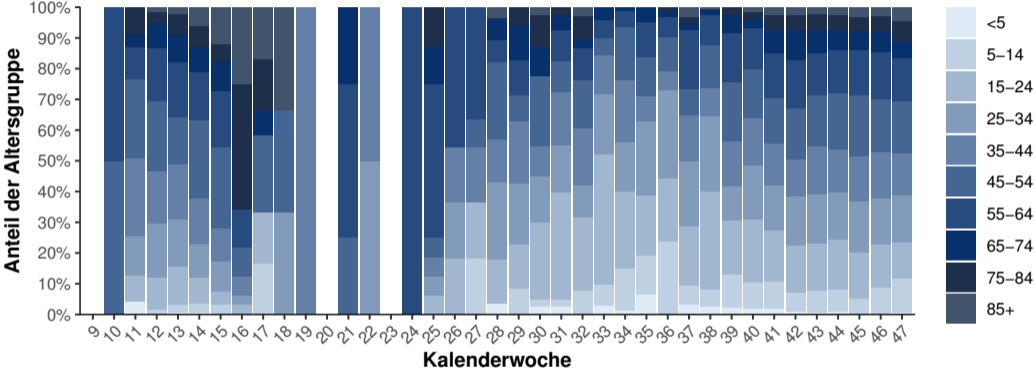


Abbildung 20: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Salzburg: Altersverteilung II

Tabelle 18: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

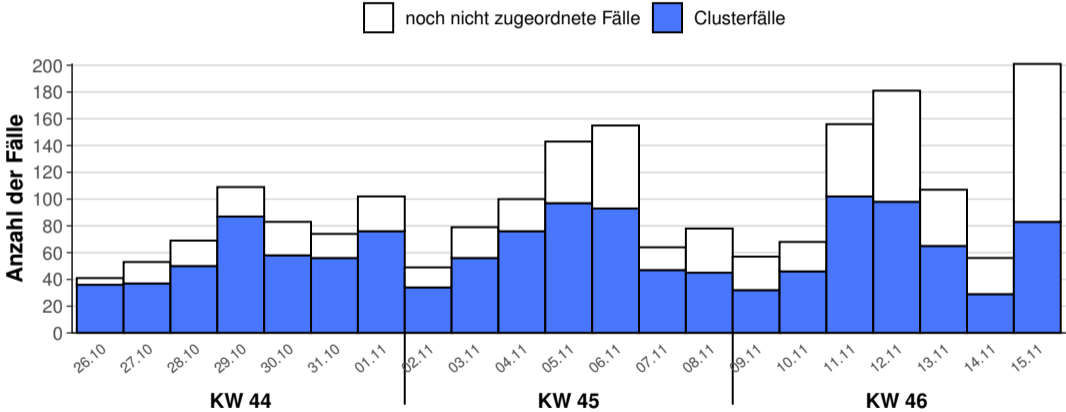
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
39	163	13.2	38.7	61.8
40	248	14.0	36.9	60.3
41	432	14.0	41.0	71.9
42	978	16.0	43.5	71.0
43	1.659	16.0	42.3	71.0
44	2.185	17.0	42.0	70.0
45	3.281	19.0	43.4	71.0
46	3.634	16.0	42.8	71.7

Salzburg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 45, KW 46)

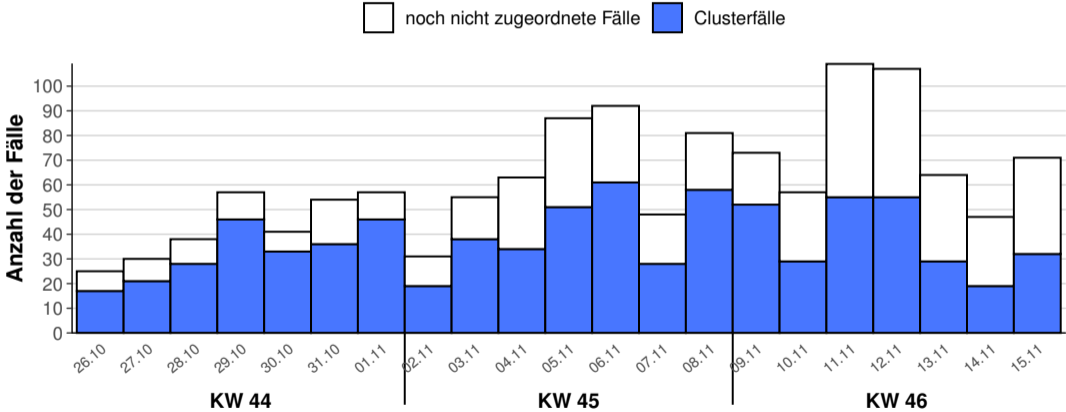
Tabelle 19: Verteilung der Infektionsfälle (KW 45 - 46 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 45							KW 46						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<6	5	22,7	13	59,1	4	18,2	22	12	37,5	9	28,1	11	34,4	32
6-9	14	32,6	20	46,5	9	20,9	43	18	27,3	35	53,0	13	19,7	66
10-14	35	33,7	52	50,0	17	16,3	104	61	27,7	87	39,5	72	32,7	220
15-19	96	47,3	68	33,5	39	19,2	203	106	47,3	57	25,4	61	27,2	224
20-24	157	53,0	80	27,0	59	19,9	296	141	49,6	63	22,2	80	28,2	284
Total	307	46,0	233	34,9	128	19,2	668	338	40,9	251	30,4	237	28,7	826

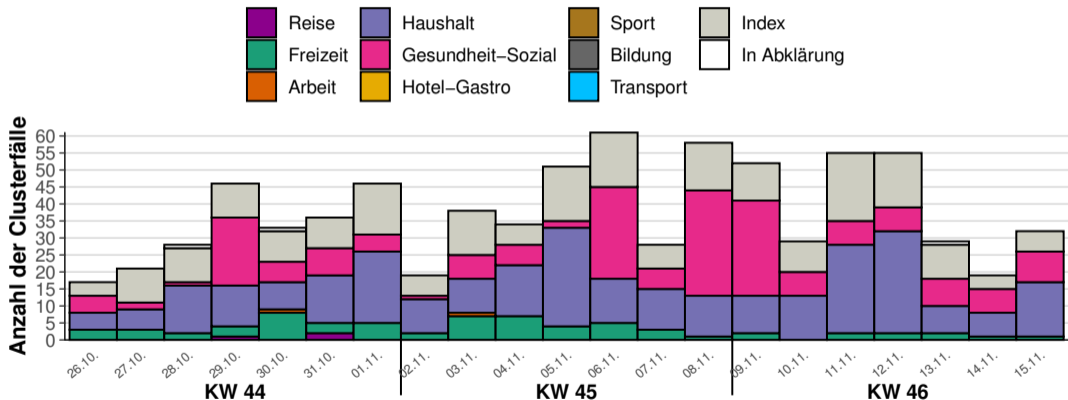
Salzburg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Zeitlicher Verlauf bis 19.11.2020

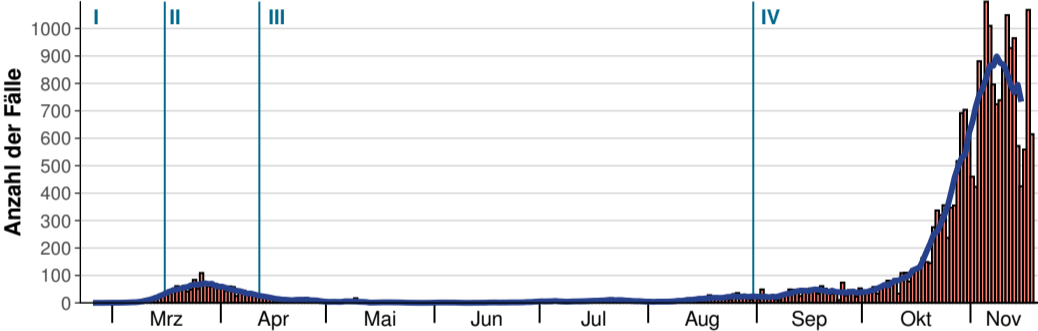


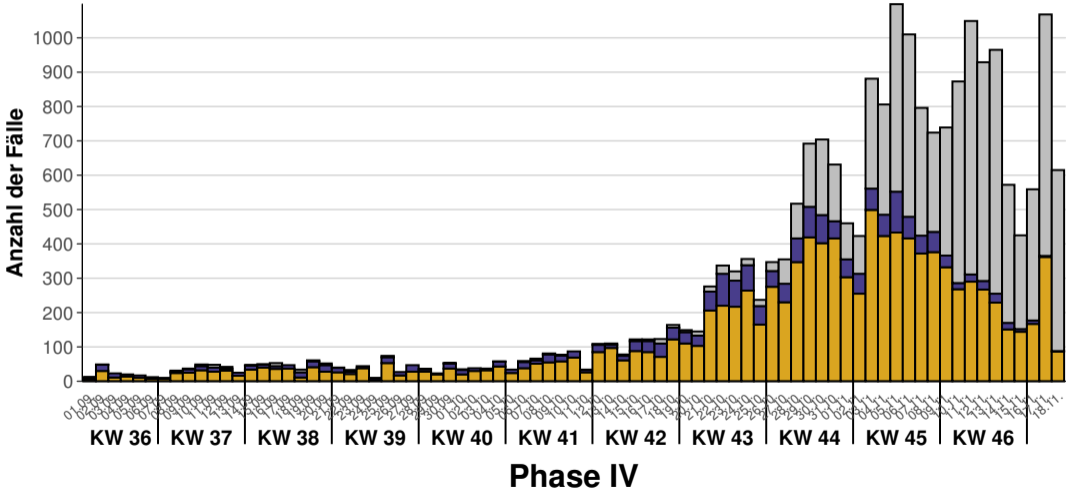
Abbildung 21: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Steiermark: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

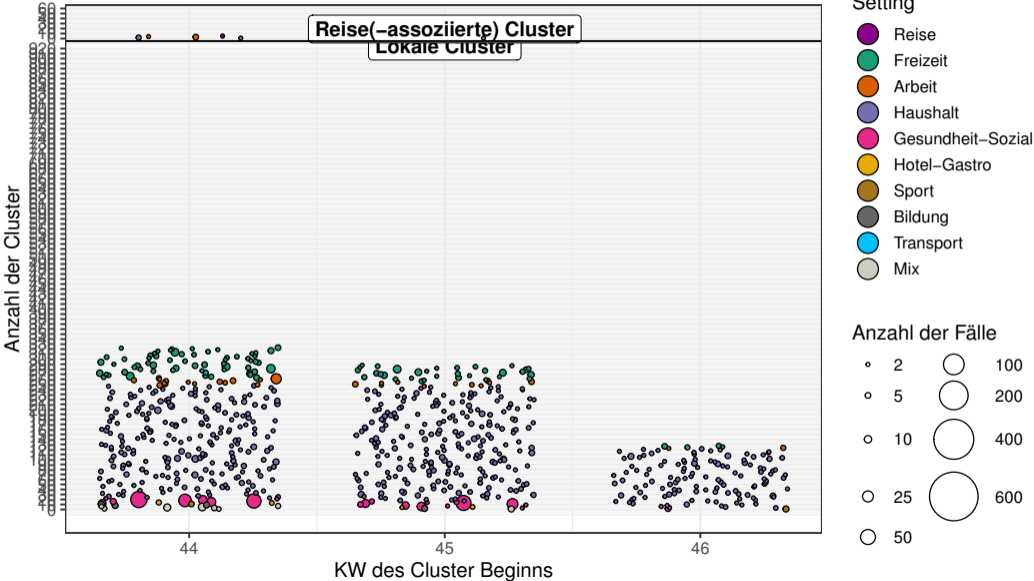
	41	42	43	44	45	46
Fälle Steiermark (N)	438	828	1.820	3.706	5.738	5.552
Fälle ungeklärt (n)	154	315	911	2.607	4.690	4.889
Indexfälle ³ (n)	75	145	288	324	293	133
Anteil geklärt	64,8%	62,0%	49,9%	29,7%	18,3%	11,9%
Fälle geklärt (n)	284	513	909	1.099	1.048	663
Clusterfälle (n)	329	638	1.156	1.344	1.264	682
sporadisch importierte Fälle (n)	14	11	15	5	2	3
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	248	490	864	1.017	971	552
Haushalt	38,7%	42,2%	37,8%	54,6%	57,0%	63,9%
Freizeit	17,3%	22,0%	16,1%	12,9%	17,0%	6,9%
Gesundheit-Sozial	14,5%	14,9%	25,9%	18,1%	23,3%	21,9%
Arbeit	14,1%	7,3%	6,9%	5,4%	2,0%	5,3%
Hotel-Gastro	0,8%	0,4%	1,0%	0,4%	0,3%	0,2%
Bildung	9,7%	9,6%	7,1%	7,2%	0,4%	0,9%
Transport	0,0%	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	3,6%	2,2%	3,0%	0,7%	0,1%	0,0%
Haushalt (n)	96	207	327	555	553	353
Bildung (n)	24	47	61	73	4	5
Gesundheit-Sozial (n)	36	73	224	184	226	121
Reise (n)	9	11	26	7	1	0

Steiermark: Phase IV 01.09.2020 – 19.11.2020

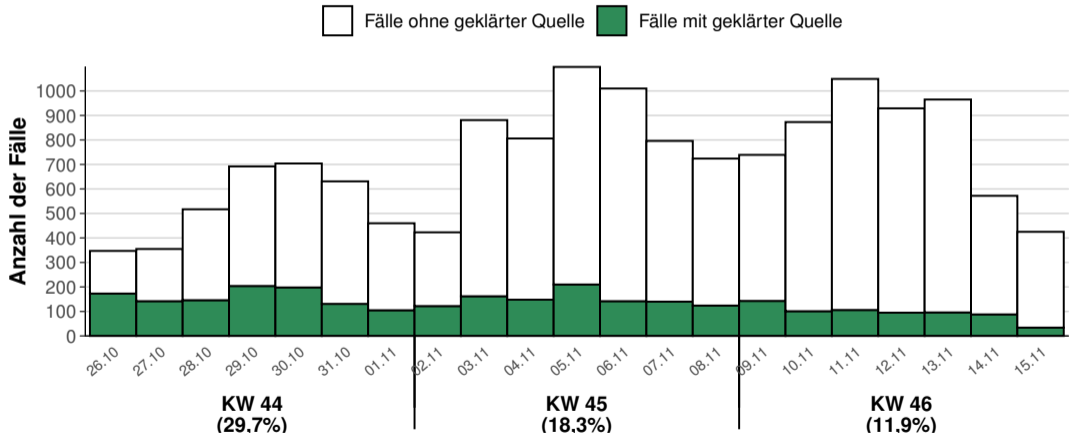
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



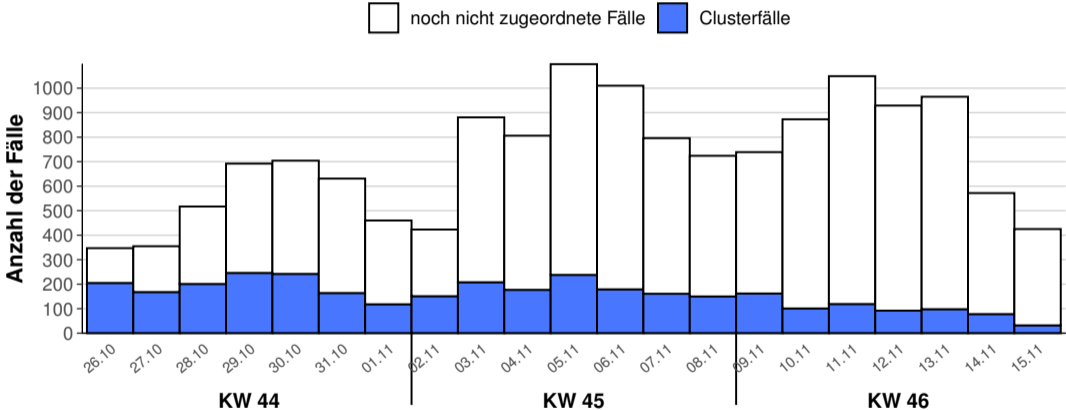
Steiermark: Cluster Settings



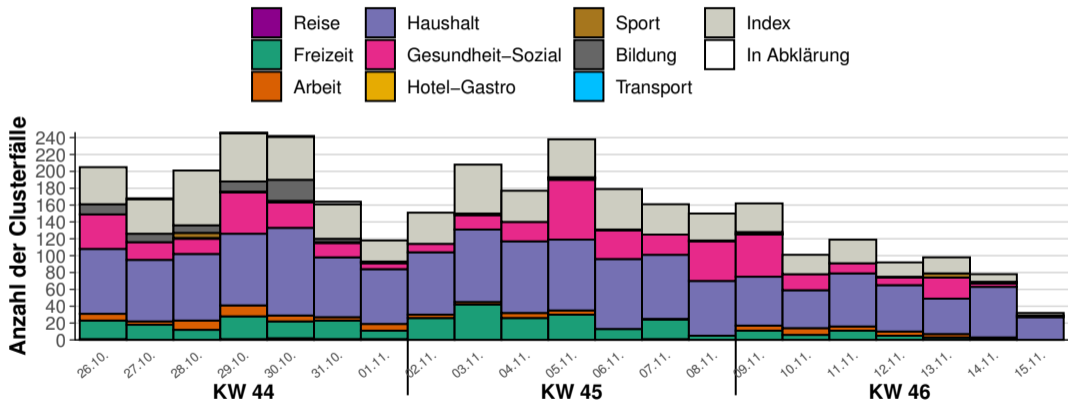
Steiermark: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Cluster Settings KW 44

Steiermark				
KW 44				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	1	0.3	2	0.2
Freizeit	62	18.9	254	21.3
Arbeit	16	4.9	70	5.9
Haushalt	227	69.2	605	50.8
Gesundheit-Sozial	8	2.4	180	15.1
Hotel-Gastro	2	0.6	7	0.6
Sport	2	0.6	16	1.3
Bildung	3	0.9	19	1.6
Mix: Haushalt + Bildung	1	0.3	3	0.3
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	1	0.3	4	0.3
Mix: Bildung + Freizeit	1	0.3	4	0.3
Mix: Arbeit + Freizeit	4	1.2	28	2.3
Gesamt	328		1.192	

Steiermark: Cluster Settings KW 45

Steiermark				
KW 45				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Freizeit	33	11.4	128	14.1
Arbeit	10	3.5	27	3.0
Haushalt	230	79.6	605	66.6
Gesundheit-Sozial	11	3.8	129	14.2
Hotel-Gastro	2	0.7	5	0.6
Bildung	2	0.7	8	0.9
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	1	0.3	6	0.7
Gesamt	289		908	

Steiermark: Cluster Settings KW 46

Steiermark				
KW 46				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Freizeit	4	3.1	15	4.6
Arbeit	2	1.6	6	1.8
Haushalt	119	93.7	294	89.9
Gesundheit-Sozial	1	0.8	6	1.8
Sport	1	0.8	6	1.8
Gesamt	127		327	

Steiermark: Arbeit KW 46

Steiermark							
KW 46							
			<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>	
Setting	Arbeit	Setting Detail	Firma Unternehmen - Büro	1	50	2	33.3
			Firma Unternehmen - Handwerk	1	50	4	66.7
			Gesamt	2		6	

Steiermark: Gesundheit-Sozial KW 46

Steiermark							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Gesundheit Sozial	Setting Detail	Alten- und Pflegeheim	1	100	6	100
			Gesamt	1		6	

Steiermark: Freizeit KW 46

Steiermark							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Freizeit	Setting Detail	Familientreffen	1	25	2	13.3
			Familientreffen, Haushalt	3	75	13	86.7
			Gesamt	4		15	

Steiermark: Epidemiologische Parameter I

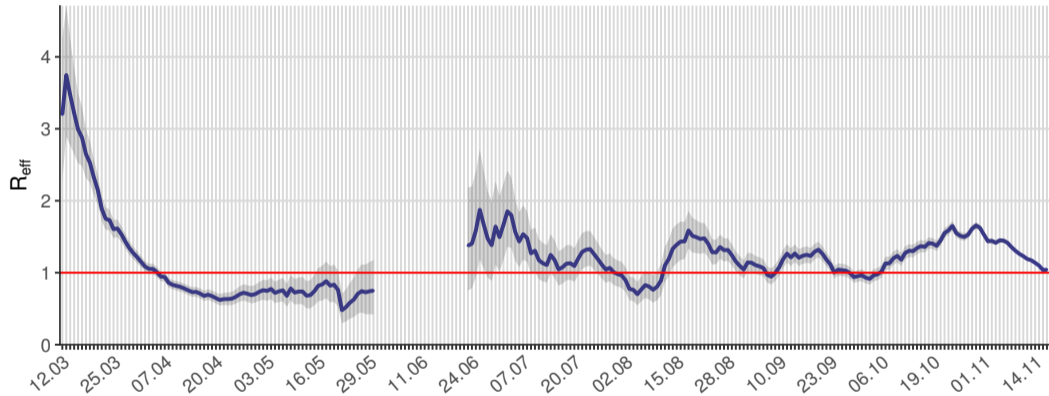


Abbildung 22: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 18.11. und 19.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Steiermark)

Steiermark: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 20: Schätzwerte des R_{eff} vom 08.11. bis zum 17.11.. (Steiermark)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
08.11	1,36	(1,33 - 1,38)
09.11	1,31	(1,28 - 1,33)
10.11	1,26	(1,24 - 1,29)
11.11	1,23	(1,21 - 1,25)
12.11	1,19	(1,17 - 1,21)
13.11	1,17	(1,15 - 1,20)
14.11	1,14	(1,12 - 1,16)
15.11	1,10	(1,08 - 1,12)
16.11	1,04	(1,02 - 1,06)
17.11	1,04	(1,02 - 1,06)

Steiermark: Altersverteilung I

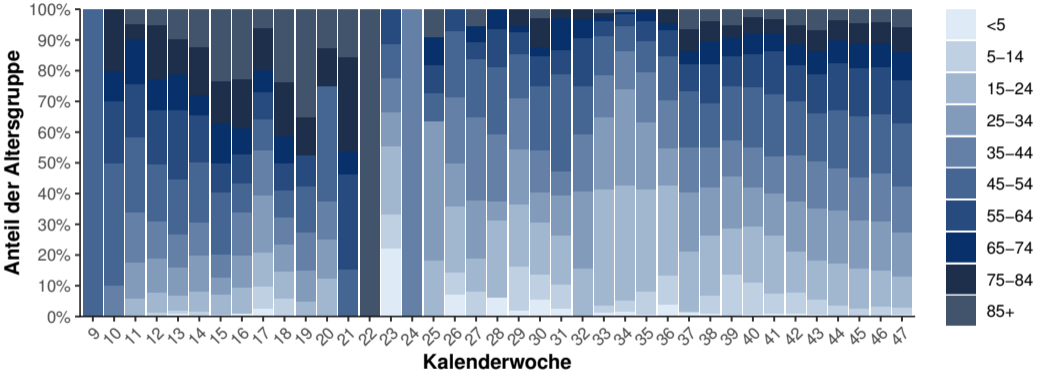


Abbildung 23: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Steiermark: Altersverteilung II

Tabelle 21: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

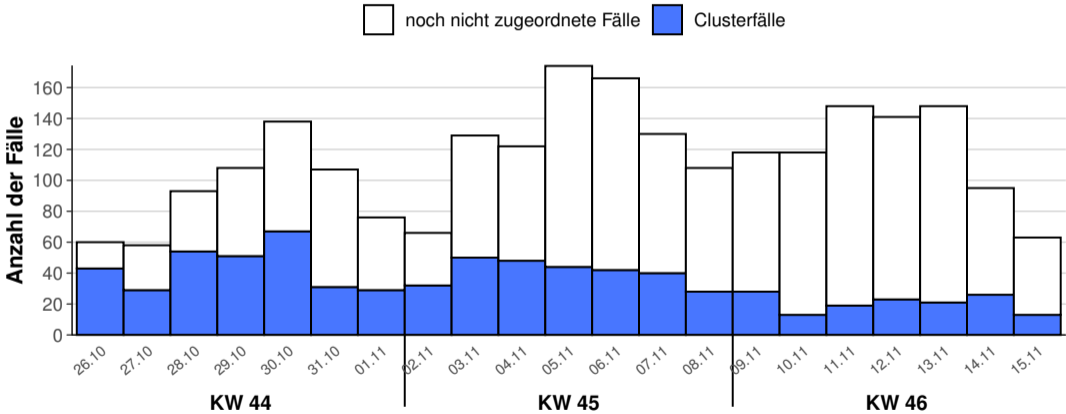
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
39	275	12.4	40.4	73.0
40	280	14.0	40.8	71.1
41	438	16.0	42.2	71.0
42	828	17.0	44.1	77.0
43	1.820	19.0	46.1	80.0
44	3.706	20.0	45.5	75.0
45	5.738	21.0	47.0	76.0
46	5.552	21.0	46.7	76.0

Steiermark: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 45, KW 46)

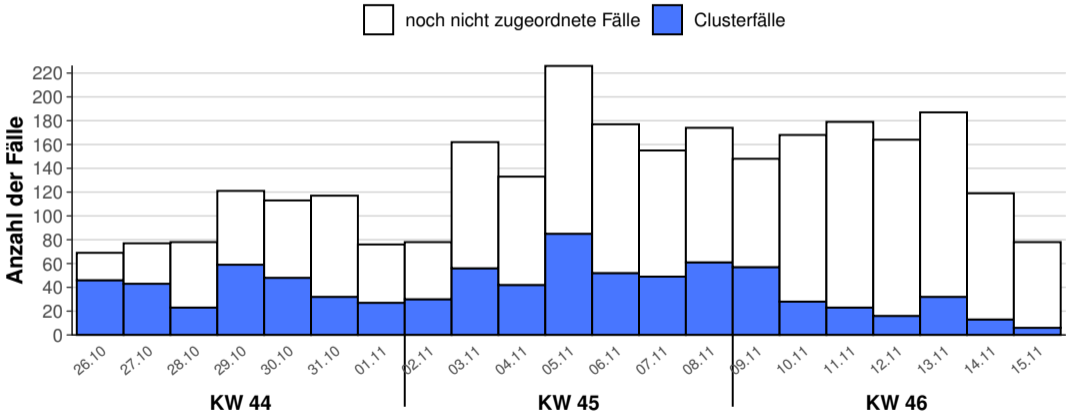
Tabelle 22: Verteilung der Infektionsfälle (KW 45 - 46 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 45							KW 46						
	klinische Manifestation							klinische Manifestation						
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	7	26,9	3	11,5	16	61,5	26	6	19,4	3	9,7	22	71,0	31
6-9	12	38,7	6	19,4	13	41,9	31	6	18,2	2	6,1	25	75,8	33
10-14	44	44,0	16	16,0	40	40,0	100	36	27,9	6	4,7	87	67,4	129
15-19	144	50,9	36	12,7	103	36,4	283	69	30,9	9	4,0	145	65,0	223
20-24	242	53,2	41	9,0	172	37,8	455	132	31,8	9	2,2	274	66,0	415
Total	449	50,2	102	11,4	344	38,4	895	249	30,0	29	3,5	553	66,5	831

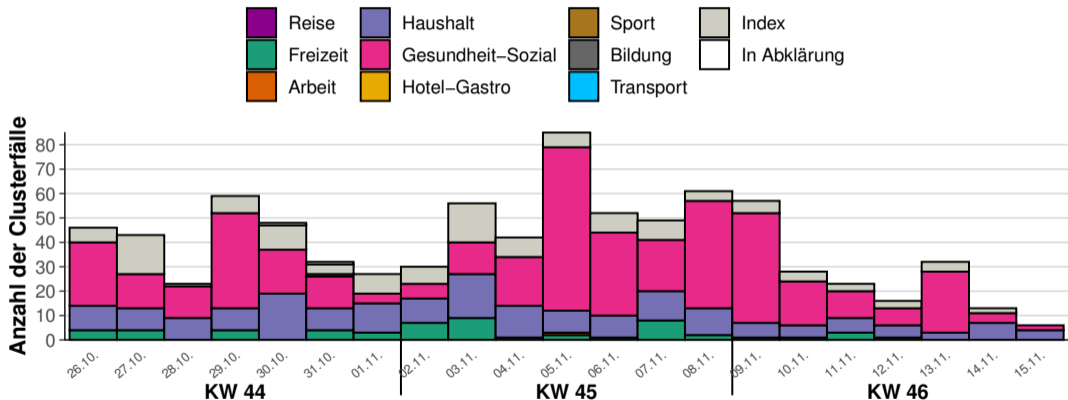
Steiermark: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Zeitlicher Verlauf bis 19.11.2020

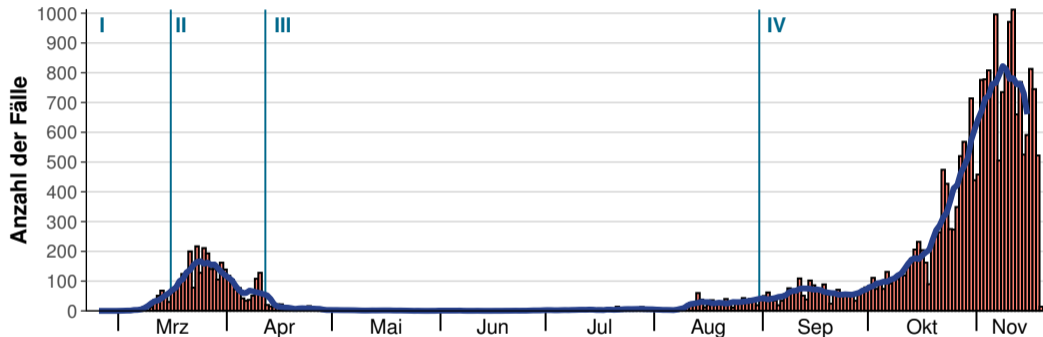


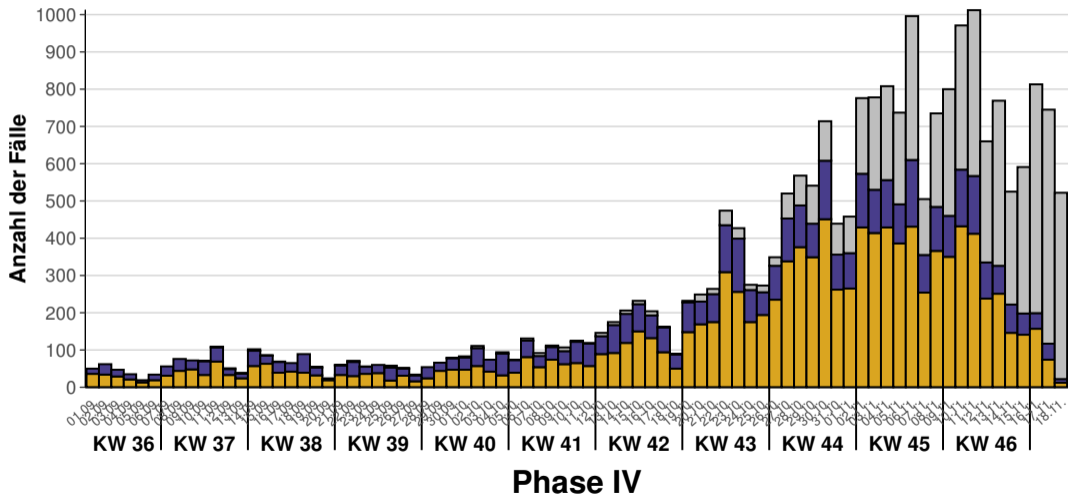
Abbildung 24: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Tirol: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

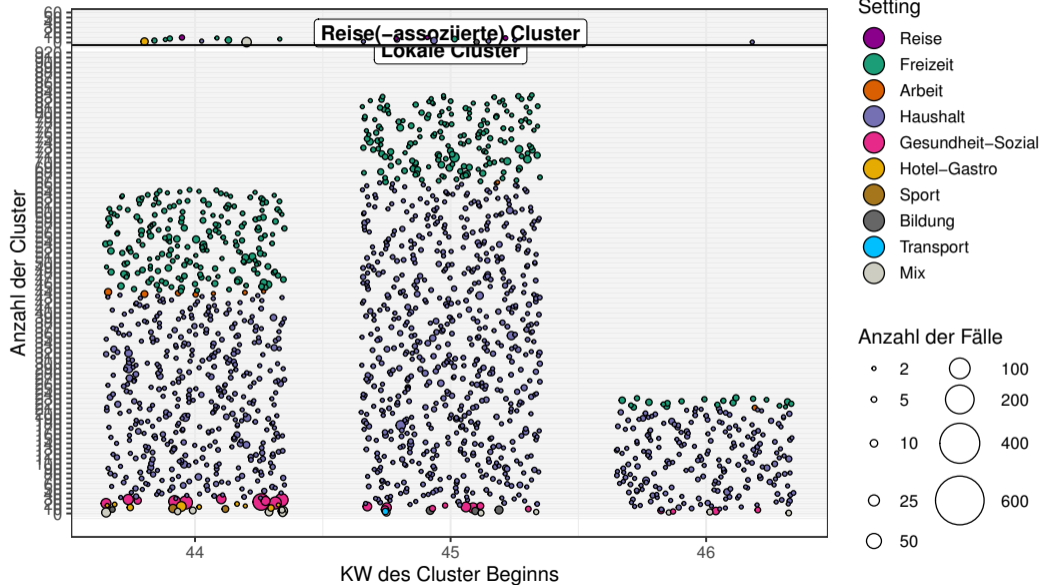
	41	42	43	44	45	46
Fälle Tirol (N)	760	1.215	2.194	3.589	5.335	5.328
Fälle ungeklärt (n)	231	413	994	1.819	3.101	3.480
Indexfälle ³ (n)	128	189	353	641	840	234
Anteil geklärt	69,6%	66,0%	54,7%	49,3%	41,9%	34,7%
Fälle geklärt (n)	529	802	1.200	1.770	2.234	1.848
Clusterfälle (n)	602	924	1.447	2.261	2.869	1.496
sporadisch importierte Fälle (n)	10	14	9	21	24	6
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	482	743	1.099	1.637	2.051	1.266
Haushalt	37,1%	36,9%	40,8%	56,6%	62,6%	71,4%
Freizeit	34,0%	37,3%	36,7%	27,2%	24,0%	12,8%
Gesundheit-Sozial	14,1%	6,7%	7,6%	8,4%	10,0%	11,8%
Arbeit	5,2%	4,6%	6,1%	1,0%	0,3%	0,3%
Hotel-Gastro	0,0%	0,5%	0,2%	0,9%	0,5%	0,0%
Bildung	5,6%	10,6%	5,8%	2,9%	0,3%	3,1%
Transport	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Reise	2,9%	3,1%	2,1%	2,0%	1,9%	0,6%
Haushalt (n)	179	274	448	926	1.283	904
Bildung (n)	27	79	64	47	6	39
Gesundheit-Sozial (n)	68	50	83	137	206	150
Reise (n)	14	23	23	33	39	7

Tirol: Phase IV 01.09.2020 – 19.11.2020

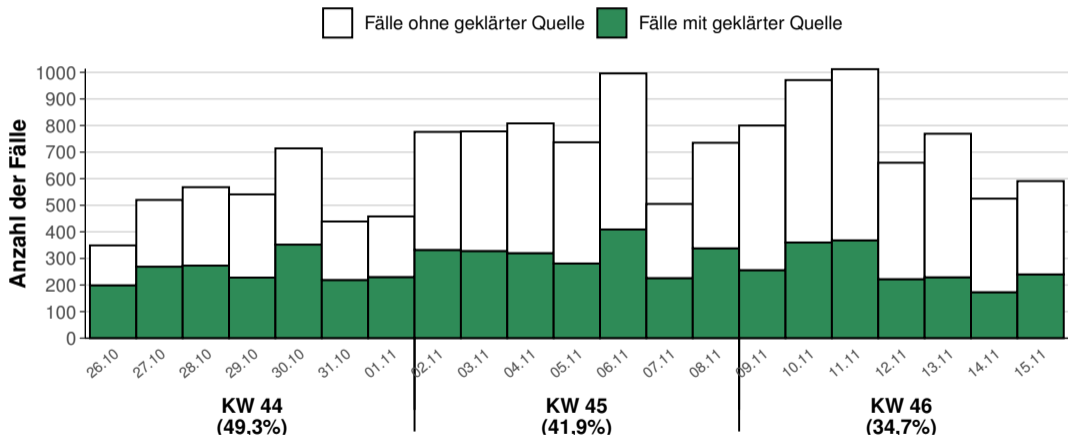
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



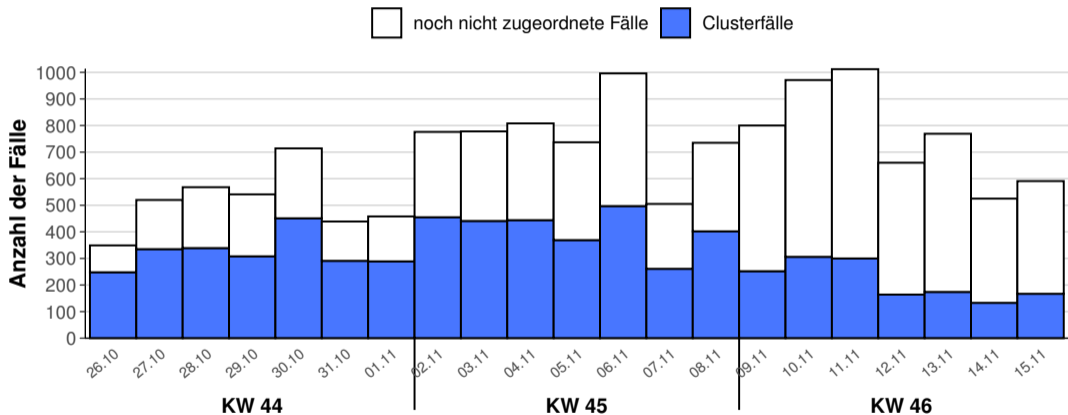
Tirol: Cluster Settings



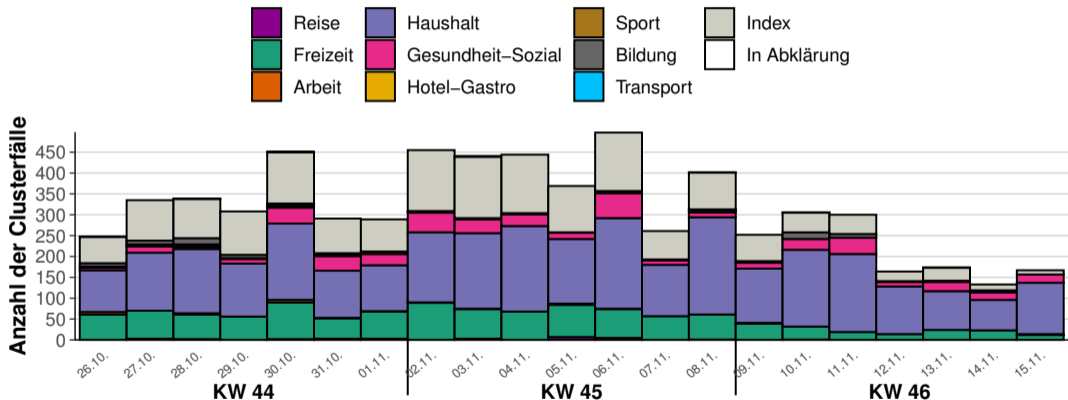
Tirol: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Cluster Settings KW 44

Tirol				
KW 44				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	1	0.2	4	0.2
Freizeit	209	31.9	767	32.3
Arbeit	7	1.1	33	1.4
Haushalt	408	62.2	1.111	46.8
Gesundheit-Sozial	10	1.5	280	11.8
Hotel-Gastro	10	1.5	58	2.4
Sport	2	0.3	21	0.9
Bildung	1	0.2	5	0.2
Mix: Freizeit + Gesundheit-Sozial	3	0.5	45	1.9
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	1	0.2	8	0.3
Mix: Bildung + Freizeit	2	0.3	18	0.8
Mix: Arbeit + Freizeit	2	0.3	22	0.9
Gesamt	656		2.372	

Tirol: Cluster Settings KW 45

Tirol				
KW 45				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Reise	3	0.4	7	0.3
Freizeit	175	20.7	618	24.4
Arbeit	1	0.1	2	0.1
Haushalt	649	76.8	1.739	68.7
Gesundheit-Sozial	9	1.1	105	4.1
Bildung	4	0.5	36	1.4
Transport	1	0.1	7	0.3
Mix: Haushalt + Bildung	2	0.2	15	0.6
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	1	0.1	4	0.2
Gesamt	845		2.533	

Tirol: Cluster Settings KW 46

Tirol				
KW 46				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Freizeit	20	8.6	90	13.3
Arbeit	1	0.4	4	0.6
Haushalt	204	87.9	540	80.0
Gesundheit-Sozial	4	1.7	26	3.9
Mix: Freizeit + Gesundheit-Sozial	1	0.4	6	0.9
Mix: Haushalt + Bildung	1	0.4	5	0.7
Mix: Arbeit + Freizeit	1	0.4	4	0.6
Gesamt	232		675	

Tirol: Arbeit KW 46

Tirol							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Arbeit	Setting Detail	Firma Unternehmen - Büro, Haushalt	1	100	4	100
Gesamt				1		4	

Tirol: Gesundheit-Sozial KW 46

Tirol							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Gesundheit Sozial	Setting Detail	Alten- und Pflegeheim	3	75	16	61.5
			Behinderteneinrichtungen, Haushalt	1	25	10	38.5
			Gesamt	4		26	

Tirol: Freizeit KW 46

Tirol							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Freizeit	Setting Detail	Familientreffen	1	5	4	4.4
			Familientreffen, Freundetreffen	2	10	7	7.8
			Familientreffen, Freundetreffen, Haushalt	1	5	7	7.8
			Familientreffen, Haushalt	5	25	24	26.7
			Freundetreffen	3	15	9	10.0
			Freundetreffen, Haushalt	8	40	39	43.3
			Gesamt	20		90	

Tirol: Epidemiologische Parameter I

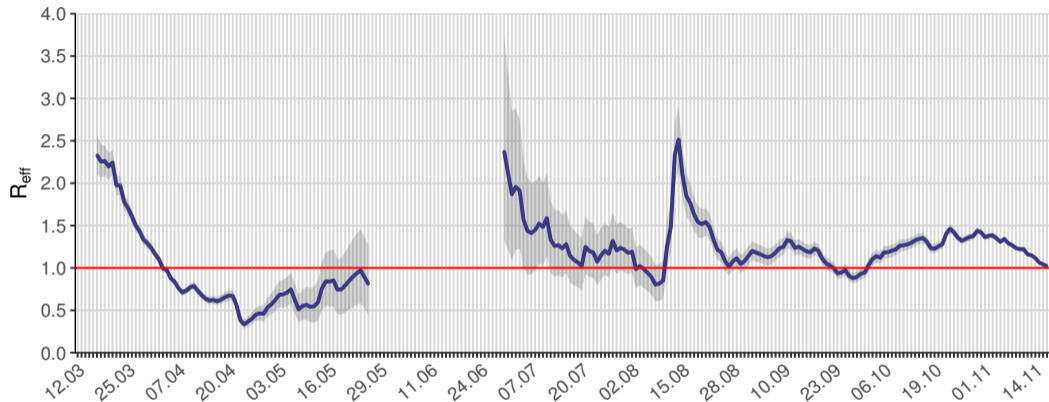


Abbildung 25: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 18.11. und 19.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Tirol)

Tirol: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 23: Schätzwerte des R_{eff} vom 08.11. bis zum 17.11.. (Tirol)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
08.11	1,27	(1,24 - 1,30)
09.11	1,23	(1,21 - 1,26)
10.11	1,22	(1,20 - 1,25)
11.11	1,22	(1,20 - 1,25)
12.11	1,16	(1,14 - 1,18)
13.11	1,15	(1,13 - 1,17)
14.11	1,12	(1,09 - 1,14)
15.11	1,06	(1,04 - 1,08)
16.11	1,04	(1,02 - 1,06)
17.11	1,02	(1,00 - 1,04)

Tirol: Altersverteilung I

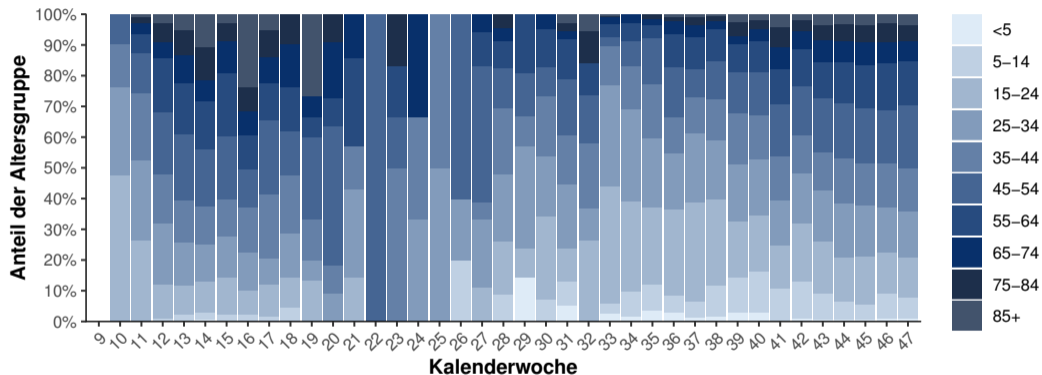


Abbildung 26: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Tirol: Altersverteilung II

Tabelle 24: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

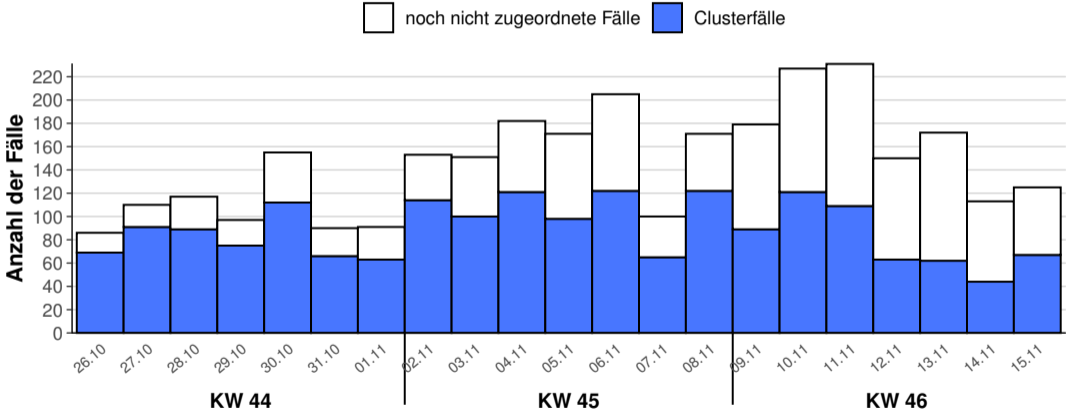
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
39	391	13.0	36.3	64
40	561	10.0	35.5	62
41	760	14.0	42.8	76
42	1.215	12.0	38.2	66
43	2.194	16.0	41.7	72
44	3.589	18.0	43.1	72
45	5.335	18.0	43.8	73
46	5.328	15.7	43.3	73

Tirol: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 45, KW 46)

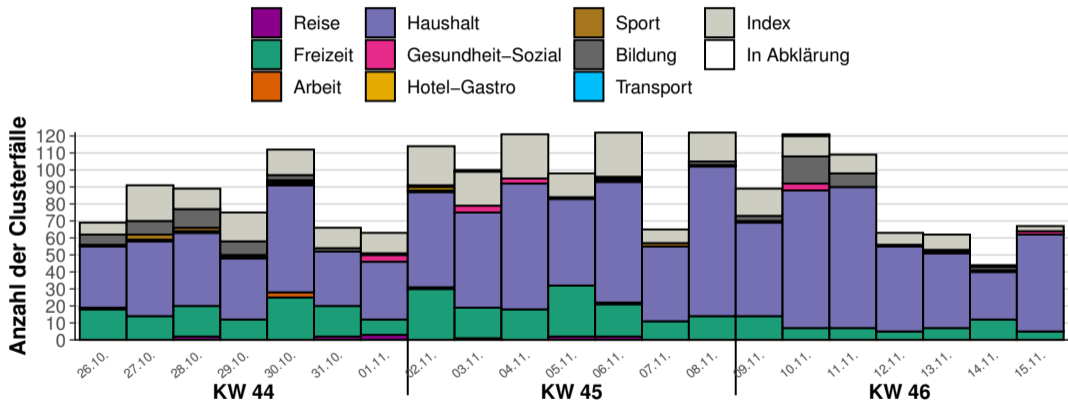
Tabelle 25: Verteilung der Infektionsfälle (KW 45 - 46 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 45							KW 46						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<6	15	35,7	17	40,5	10	23,8	42	20	25,0	23	28,7	37	46,2	80
6-9	28	34,1	33	40,2	21	25,6	82	21	15,6	49	36,3	65	48,1	135
10-14	59	33,5	55	31,2	62	35,2	176	65	24,3	85	31,7	118	44,0	268
15-19	176	56,4	48	15,4	88	28,2	312	112	36,5	47	15,3	148	48,2	307
20-24	271	52,0	67	12,9	183	35,1	521	142	34,9	47	11,5	218	53,6	407
Total	549	48,5	220	19,4	364	32,1	1133	360	30,1	251	21,0	586	49,0	1197

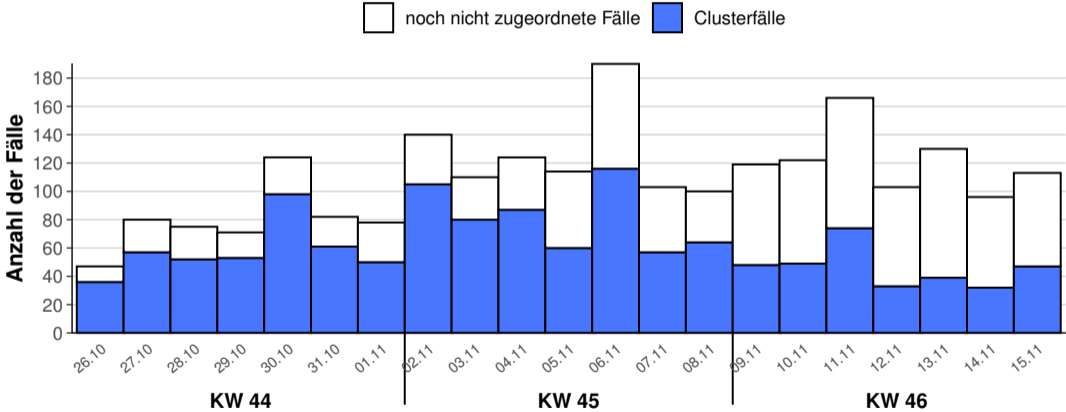
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



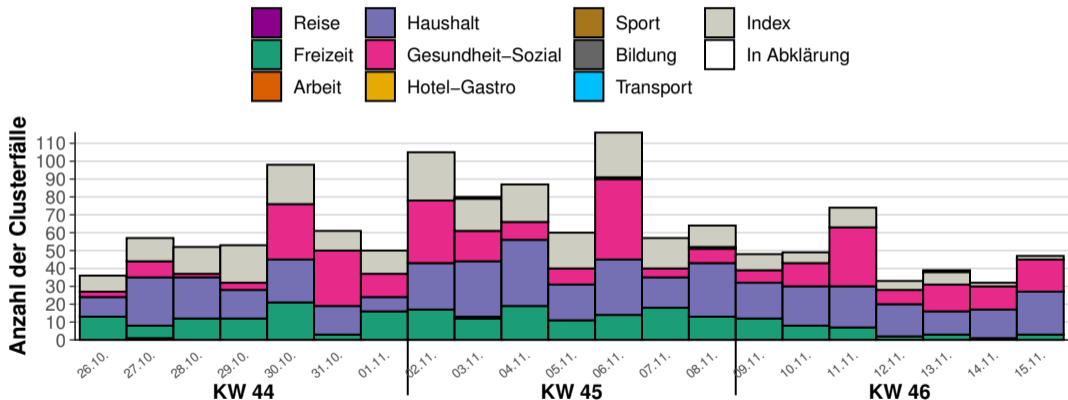
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Zeitlicher Verlauf bis 19.11.2020

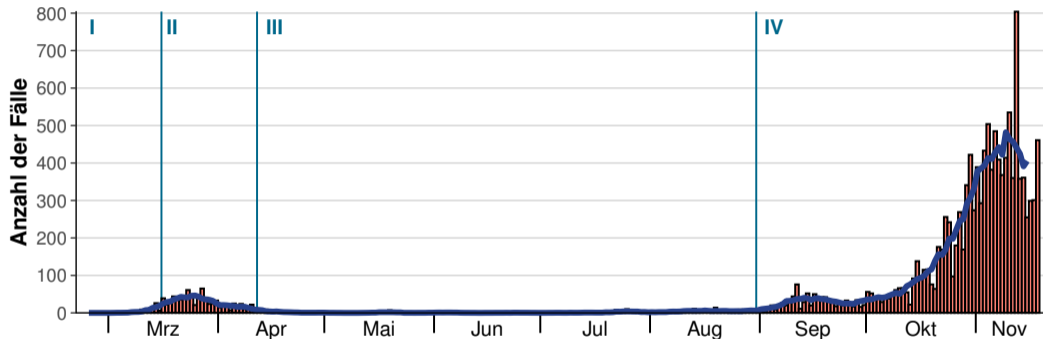


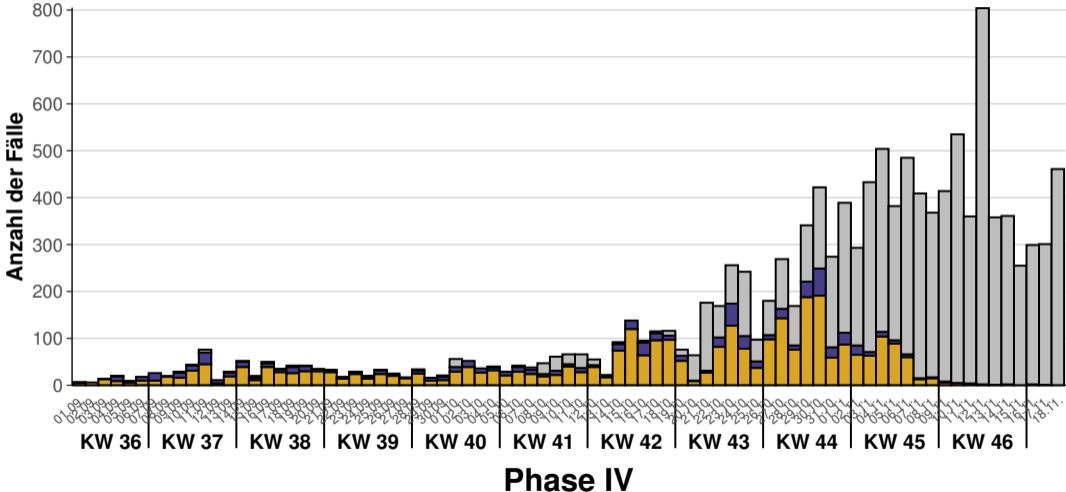
Abbildung 27: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Vorarlberg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

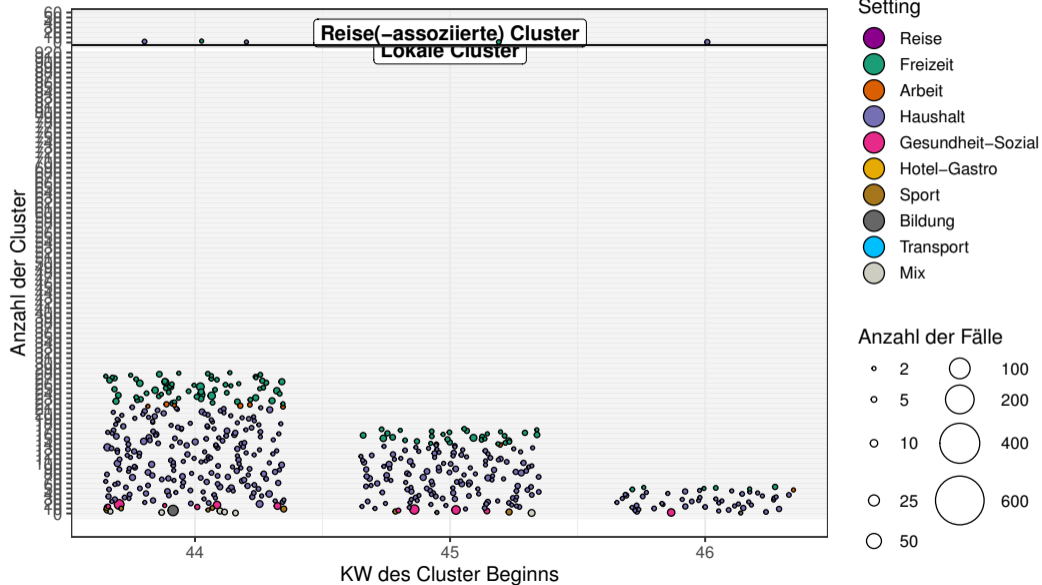
	41	42	43	44	45	46
Fälle Vorarlberg (N)	349	633	1.080	2.044	2.874	3.087
Fälle ungeklärt (n)	81	170	474	1.204	2.095	2.402
Indexfälle ³ (n)	43	91	182	276	182	54
Anteil geklärt	76,8%	73,1%	56,1%	41,1%	27,1%	22,2%
Fälle geklärt (n)	268	463	606	840	779	685
Clusterfälle (n)	300	542	769	1.085	871	453
sporadisch importierte Fälle (n)	8	11	16	3	3	3
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	251	441	577	808	686	399
Haushalt	52,2%	44,9%	49,2%	69,7%	76,2%	80,2%
Freizeit	19,1%	22,0%	25,1%	16,2%	14,9%	9,8%
Gesundheit-Sozial	1,6%	6,8%	3,8%	3,7%	5,1%	5,8%
Arbeit	6,0%	9,5%	7,5%	4,5%	1,6%	2,5%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,1%	0,0%
Bildung	19,1%	13,2%	12,5%	4,0%	1,3%	0,8%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	1,2%	2,0%	0,5%	0,1%	0,0%	0,8%
Haushalt (n)	131	198	284	563	523	320
Bildung (n)	48	58	72	32	9	3
Gesundheit-Sozial (n)	4	30	22	30	35	23
Reise (n)	3	9	3	1	0	3

Vorarlberg: Phase IV 01.09.2020 – 19.11.2020

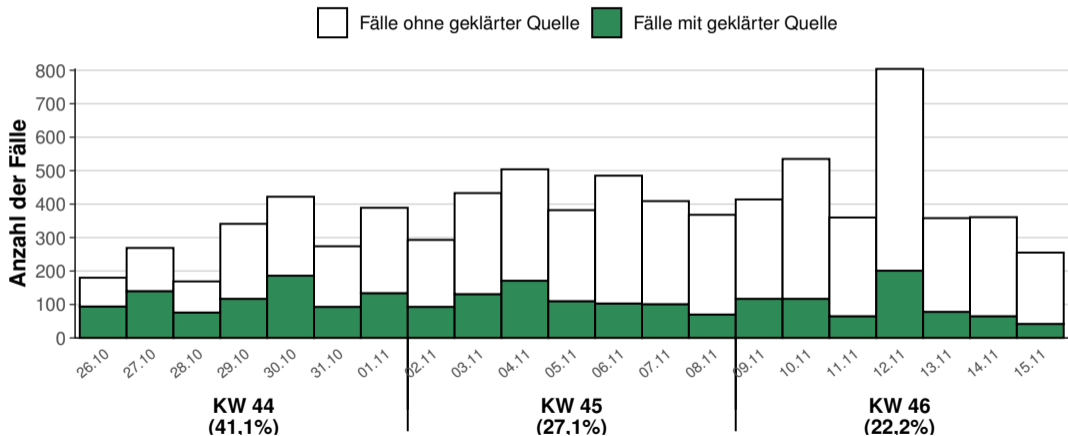
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



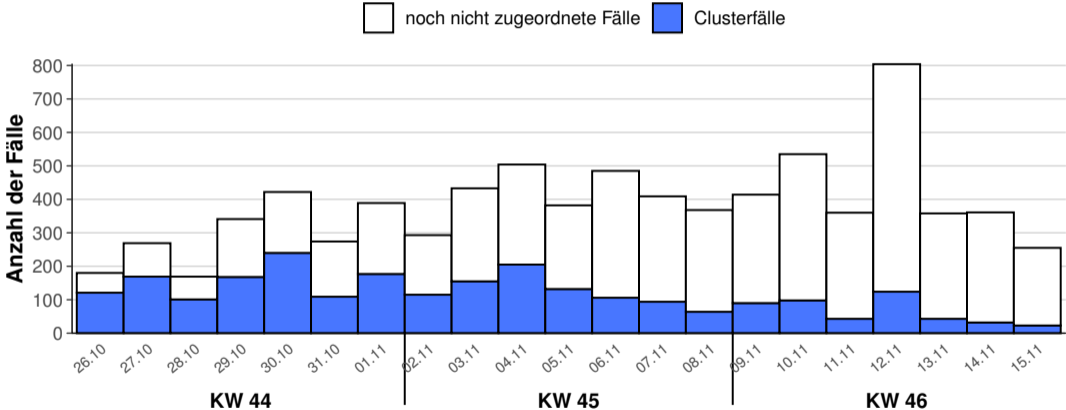
Vorarlberg: Cluster Settings



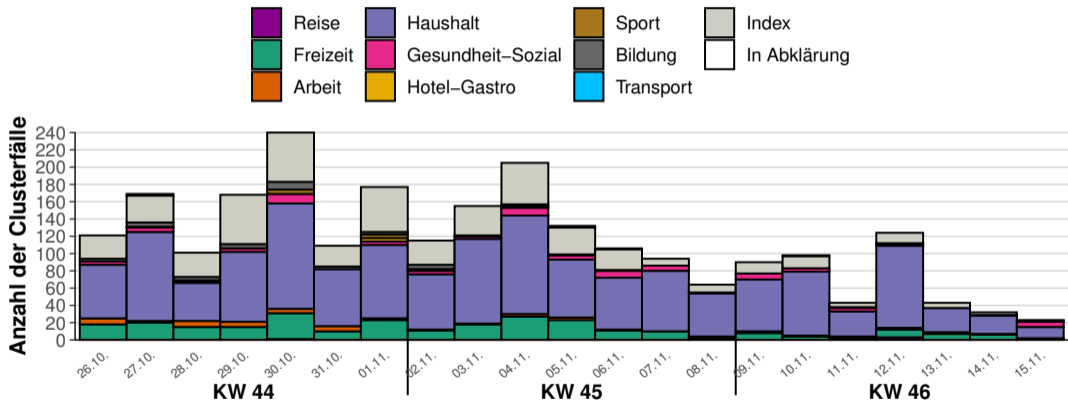
Vorarlberg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Cluster Settings KW 44

Vorarlberg				
KW 44				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Freizeit	64	22.5	251	25.6
Arbeit	6	2.1	18	1.8
Haushalt	196	69.0	591	60.2
Gesundheit-Sozial	6	2.1	46	4.7
Hotel-Gastro	1	0.4	6	0.6
Sport	5	1.8	23	2.3
Bildung	1	0.4	22	2.2
Mix: Freizeit + Gesundheit-Sozial	1	0.4	5	0.5
Mix: Haushalt + Bildung	2	0.7	10	1.0
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	1	0.4	6	0.6
Mix: Arbeit + Freizeit	1	0.4	4	0.4
Gesamt	284		982	

Vorarlberg: Cluster Settings KW 45

Vorarlberg				
KW 45				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Freizeit	32	18.8	113	20.7
Arbeit	2	1.2	6	1.1
Haushalt	128	75.3	368	67.4
Gesundheit-Sozial	4	2.4	39	7.1
Sport	2	1.2	10	1.8
Bildung	1	0.6	2	0.4
Mix: Haushalt + Gesundheit-Sozial	1	0.6	8	1.5
Gesamt	170		546	

Vorarlberg: Cluster Settings KW 46

Vorarlberg				
KW 46				
<i>Setting</i>	<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Freizeit	6	11.1	16	11.2
Arbeit	1	1.9	2	1.4
Haushalt	45	83.3	113	79.0
Gesundheit-Sozial	1	1.9	10	7.0
Bildung	1	1.9	2	1.4
Gesamt	54		143	

Vorarlberg: Arbeit KW 46

Vorarlberg							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Arbeit	Setting Detail	Firma Unternehmen - Handwerk	1	100	2	100
				1		2	

Vorarlberg: Bildung KW 46

Vorarlberg							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Bildung	Setting Detail	Volksschule	1	100	2	100
			Gesamt	1		2	

Vorarlberg: Gesundheit-Sozial KW 46

Vorarlberg							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Gesundheit Sozial	Setting Detail	Alten- und Pflegeheim	1	100	10	100
Gesamt				1		10	

Vorarlberg: Freizeit KW 46

Vorarlberg							
KW 46							
				<i>Cluster (N)</i>	<i>Cluster (%)</i>	<i>Fälle (N)</i>	<i>Fälle (%)</i>
Setting	Freizeit	Setting Detail	Freundetreffen	5	83.3	12	75
			Freundetreffen, Haushalt	1	16.7	4	25
			Gesamt	6		16	

Vorarlberg: Epidemiologische Parameter I

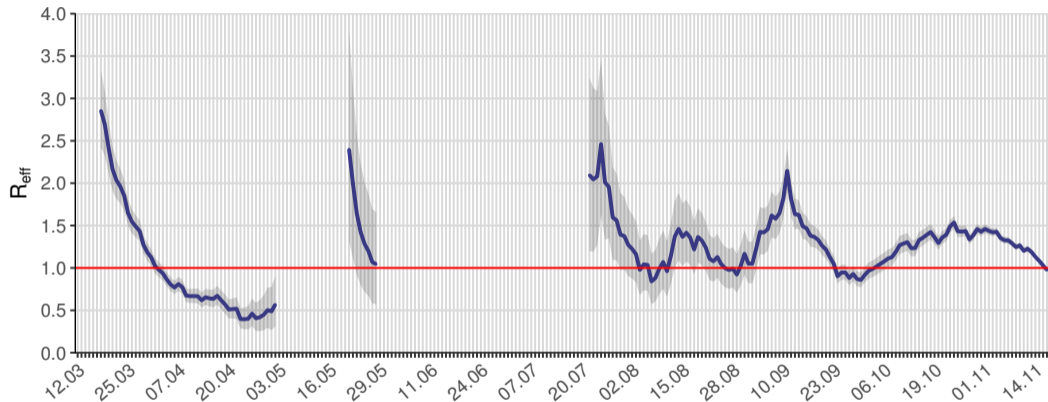


Abbildung 28: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 18.11. und 19.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Vorarlberg)

Vorarlberg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 26: Schätzwerte des R_{eff} vom 08.11. bis zum 17.11.. (Vorarlberg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
08.11	1,29	(1,25 - 1,33)
09.11	1,25	(1,21 - 1,28)
10.11	1,27	(1,23 - 1,30)
11.11	1,20	(1,17 - 1,23)
12.11	1,23	(1,20 - 1,26)
13.11	1,19	(1,16 - 1,22)
14.11	1,13	(1,10 - 1,16)
15.11	1,08	(1,06 - 1,11)
16.11	1,03	(1,00 - 1,06)
17.11	0,97	(0,95 - 1,00)

Vorarlberg: Altersverteilung I

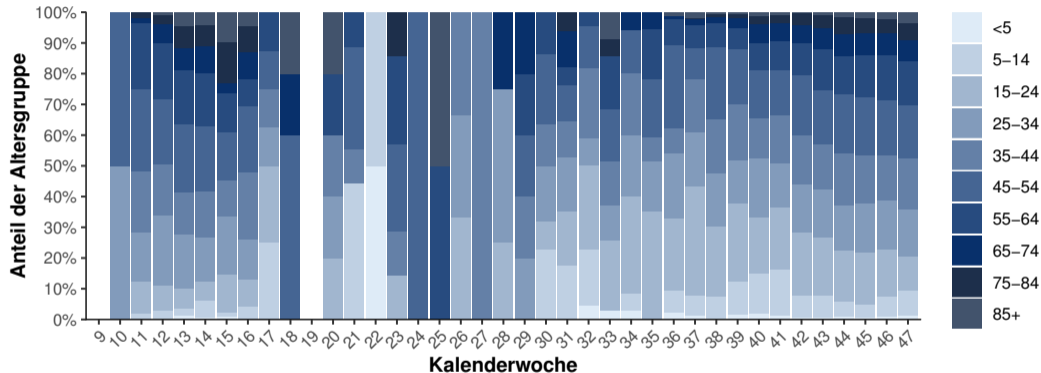


Abbildung 29: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Vorarlberg: Altersverteilung II

Tabelle 27: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

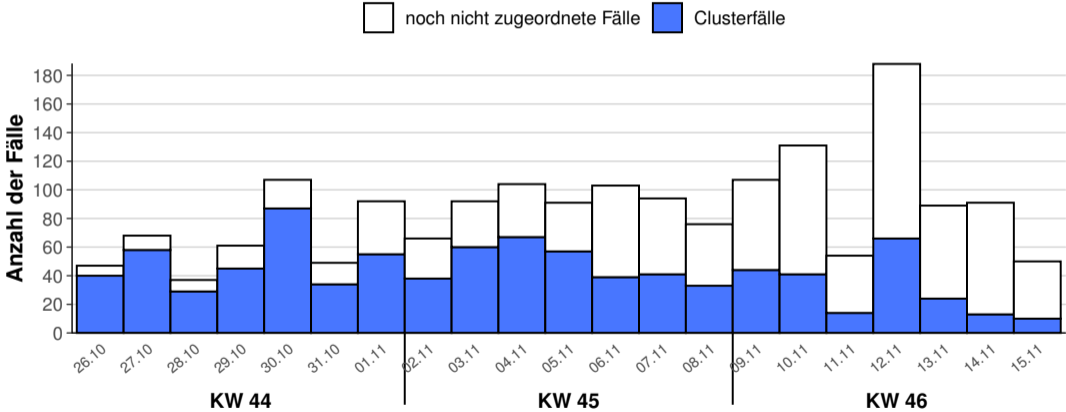
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
39	175	13.4	33.9	56.0
40	255	12.0	36.1	63.0
41	349	12.0	35.7	62.2
42	633	15.0	38.8	64.0
43	1.080	16.0	40.3	66.1
44	2.044	17.0	42.3	71.0
45	2.874	18.0	42.5	70.0
46	3.087	16.0	42.3	69.0

Vorarlberg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 45, KW 46)

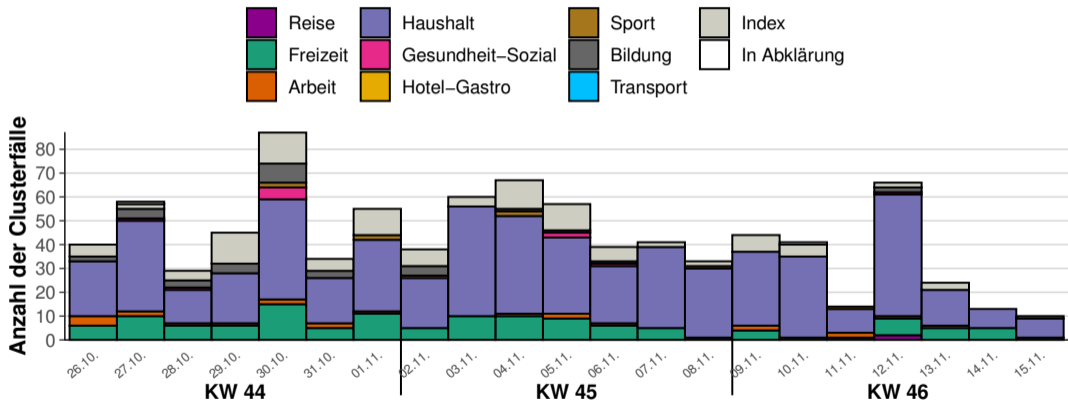
Tabelle 28: Verteilung der Infektionsfälle (KW 45 - 46 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 45							KW 46						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		
<6	2	6,9	5	17,2	22	75,9	29	0	0,0	0	0,0	46	100,0	46
6-9	1	2,9	3	8,6	31	88,6	35	0	0,0	0	0,0	54	100,0	54
10-14	4	4,8	4	4,8	76	90,5	84	0	0,0	0	0,0	130	100,0	130
15-19	28	12,8	6	2,7	185	84,5	219	1	0,4	1	0,4	224	99,1	226
20-24	50	19,3	4	1,5	205	79,2	259	9	3,5	1	0,4	244	96,1	254
Total	85	13,6	22	3,5	519	82,9	626	10	1,4	2	0,3	698	98,3	710

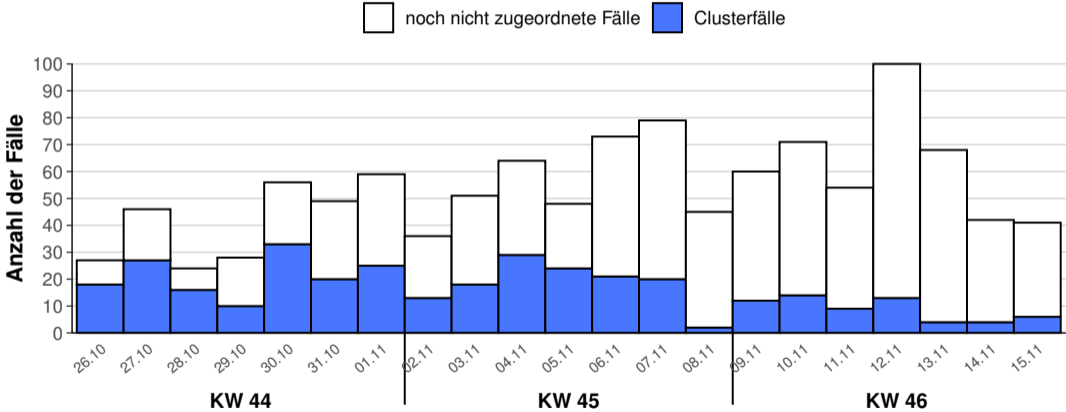
Vorarlberg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



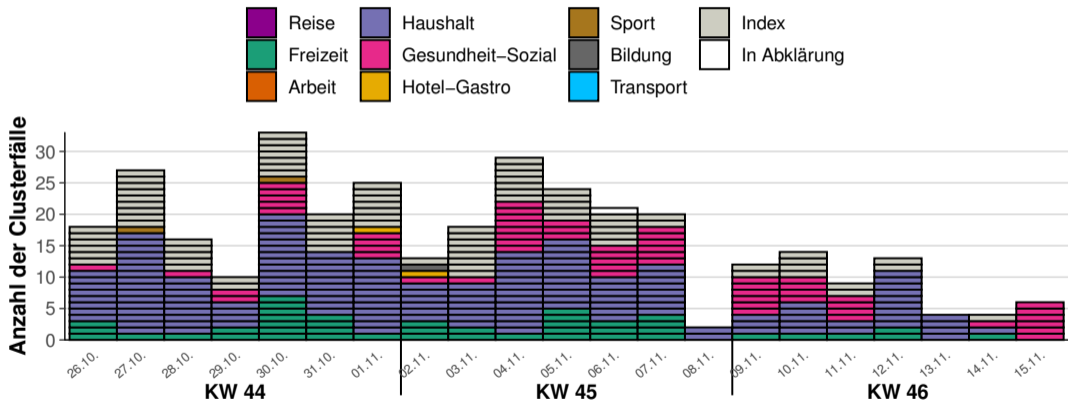
Vorarlberg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Wien: Zeitlicher Verlauf bis 19.11.2020

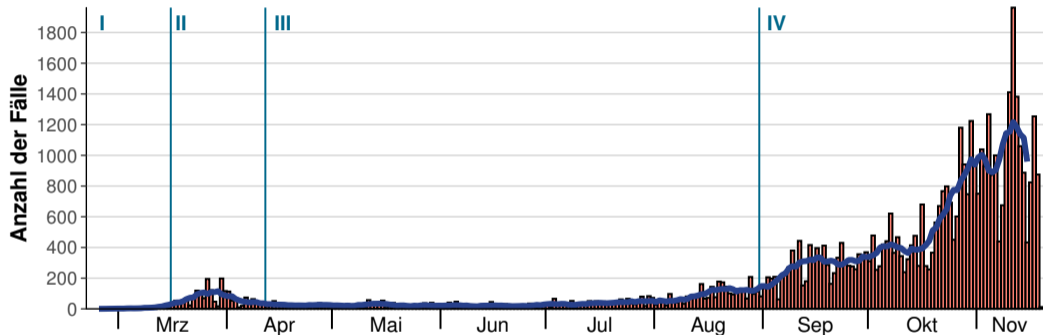
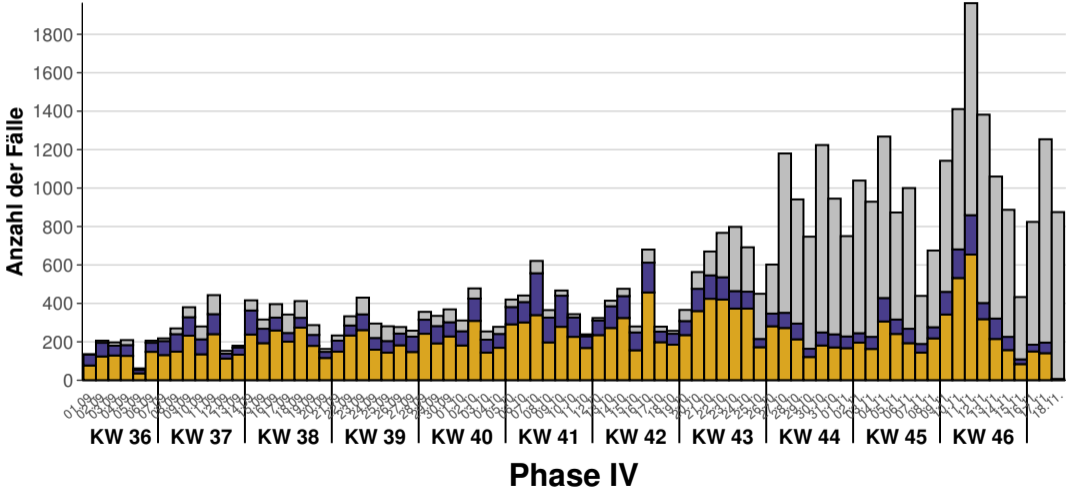


Abbildung 30: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Wien: Phase IV 01.09.2020 – 19.11.2020

Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Wien: Epidemiologische Parameter I

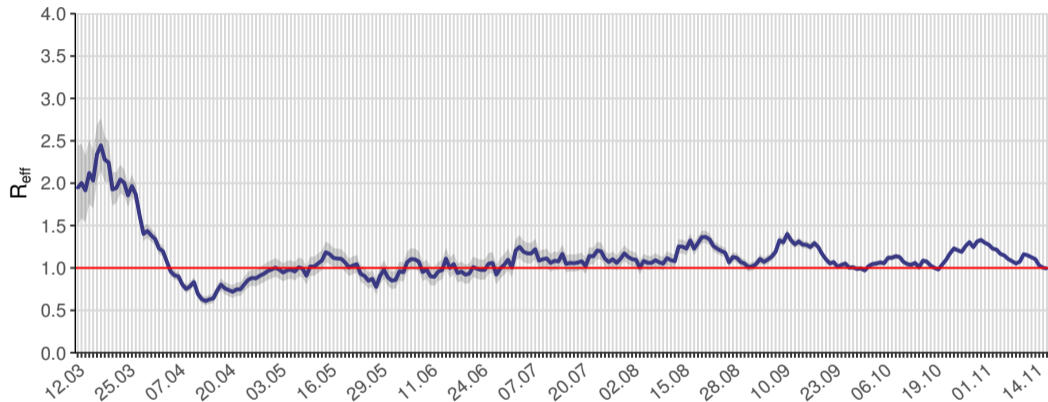


Abbildung 31: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 18.11. und 19.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Wien)

Wien: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 29: Schätzwerte des R_{eff} vom 08.11. bis zum 17.11.. (Wien)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
08.11	1,08	(1,06 - 1,10)
09.11	1,05	(1,03 - 1,07)
10.11	1,07	(1,06 - 1,09)
11.11	1,16	(1,14 - 1,18)
12.11	1,15	(1,13 - 1,17)
13.11	1,13	(1,11 - 1,14)
14.11	1,10	(1,09 - 1,12)
15.11	1,03	(1,01 - 1,05)
16.11	1,00	(0,99 - 1,02)
17.11	0,99	(0,98 - 1,01)

Wien: Altersverteilung I

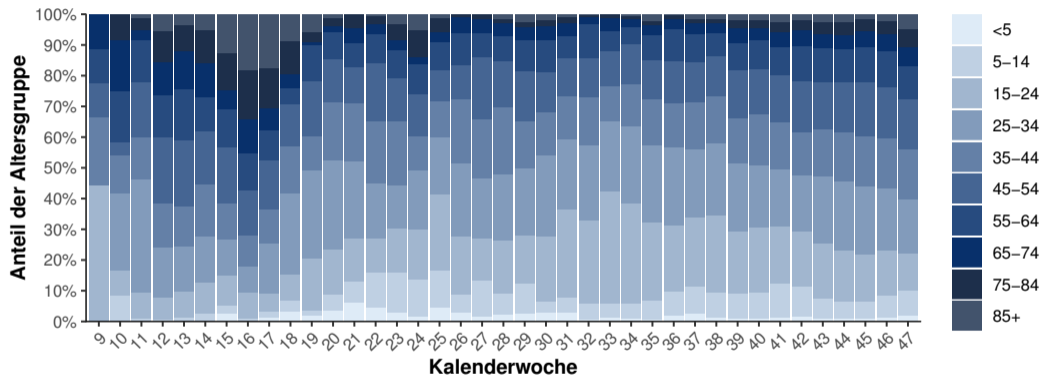


Abbildung 32: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Wien: Altersverteilung II

Tabelle 30: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
39	2.107	15	37.1	63
40	2.381	15	36.9	62
41	2.897	13	37.5	65
42	2.710	14	38.3	65
43	4.306	16	39.4	67
44	6.389	18	40.1	67
45	6.223	18	40.2	66
46	8.277	16	40.4	67

Wien: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 45, KW 46)

Tabelle 31: Verteilung der Infektionsfälle (KW 45 - 46 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 45							KW 46						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	9	14,8	9	14,8	43	70,5	61	35	24,3	27	18,8	82	56,9	144
6-9	19	17,4	20	18,3	70	64,2	109	30	18,1	30	18,1	106	63,9	166
10-14	56	24,8	32	14,2	138	61,1	226	67	17,2	67	17,2	255	65,6	389
15-19	81	22,5	31	8,6	248	68,9	360	108	24,0	65	14,4	277	61,6	450
20-24	155	25,4	37	6,1	418	68,5	610	231	30,2	52	6,8	483	63,1	766
Total	320	23,4	129	9,4	917	67,1	1366	471	24,6	241	12,6	1203	62,8	1915

Ergänzende Anmerkung des BMA zum Protokoll der 27. Sitzung, S. 8

Die Arbeitsinspektion kontrolliert die Einhaltung der Vorschriften zum Arbeitsschutz vor Ort in den Betrieben und auf Baustellen. Die Organisation, Aufgaben, Rechte und Pflichten der Arbeitsinspektion sind im Arbeitsinspektionsgesetz 1993 (ArbIG) geregelt.

Die Arbeitsinspektion ist die Arbeitsaufsichtsbehörde auf Bundesebene, sie ist für alle Betriebe und Arbeitsstellen zuständig, die nicht in den Bereich der Länder fallen. Ihre Vorgangsweise ist im Arbeitsinspektionsgesetz 1993 (ArbIG) geregelt, für Verwaltungsstellen des Bundes ist die Vorgangsweise im Bundesbedienstetenschutzgesetz (B-BSG) festgelegt. Materiell gilt im technischen und arbeitshygienischen Arbeitsschutz das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) samt den dazu erlassenen Verordnungen, im Bereich des Bundesbedienstetenschutzes vollzieht die Arbeitsinspektion das B-BSG samt Durchführungsverordnungen.

Die Überprüfung der Einhaltung von Bestimmungen zu Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist die Aufgabe der Arbeitsinspektion, aber nur solange es sich um durch die Arbeit entstehende Gefahren und Belastungen handelt. Mit den Covid-19-Schutzmaßnahmenverordnungen ist klargelegt, dass es sich bei den Regelungen zur Minimierung der Infektionsgefahr mit COVID-19 – auch bei der beruflichen Tätigkeit – *um allgemeine Gesundheitschutzregelungen* handelt („§ 6. Ort der beruflichen Tätigkeit“), die nicht in die Zuständigkeit der Arbeitsinspektion fallen.

Die Arbeitsinspektion stellt ihre Expertise in Zusammenhang mit betrieblichen Schutzmaßnahmen beratend zur Verfügung (anfragenden Unternehmen und Beschäftigten, aber auch proaktiv falls Mängel in Hinblick auf Minimierung der Infektionsgefahr vor Ort augenscheinlich sind). Erforderlichenfalls erfolgt eine Mitteilung an die Bezirksverwaltungsbehörde als zuständige Gesundheitsbehörde.

TOP 4 Corona-Kommission Bericht aus dem COVID Prognose Konsortium

Florian Bachner, Lukas Rainer, Martin Zuba
 18.3.2021

1

Ergebnis vom 16.3.2021 – Zusammenfassung Datenstand 16.3. (00:00)

- » Die effektive Reproduktionszahl lag in den letzten Tagen auf einem Niveau von etwa 1,1. Die Prognosen gehen von einer Fortsetzung dieses Trends aus.
- » Dafür werden folgende Faktoren als maßgeblich erachtet.
 - » Mit Ausnahme Vorarlbergs und Tirols sind Infektionen mit der Mutation N501Y (vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) bereits dominant (Österreichweit betrug der Anteil rund 75 %).
 - » Im Laufe des letzten Monats hat sich die Anzahl der behördlich angeordneten PCR- und Antigentests auf einem hohen Niveau von rund 250.000 Tests/Tag stabilisiert. Der Anstieg der Fallzahlen ist somit kaum auf die Veränderung des Testregimes zurückzuführen.
- » Als moderierende Faktoren kommen neben dem erhöhten Testgeschehen folgende Effekte in Frage:
 - » Zunehmende Anzahl der Geimpften bzw. Genesenen, abhängig von der Dunkelziffer könnten bereits 15 % bis 30 % der Bevölkerung immunisiert sein, was beginnt einen messbaren Effekt auf die Infektionsdynamik zu nehmen.
 - » Regionale Maßnahmensetzung wie ein Containment von Hochrisikoregionen und verschärfte Maßnahmen in Hotspots

2

Ergebnis vom 16.3.2021 – Fallentwicklung

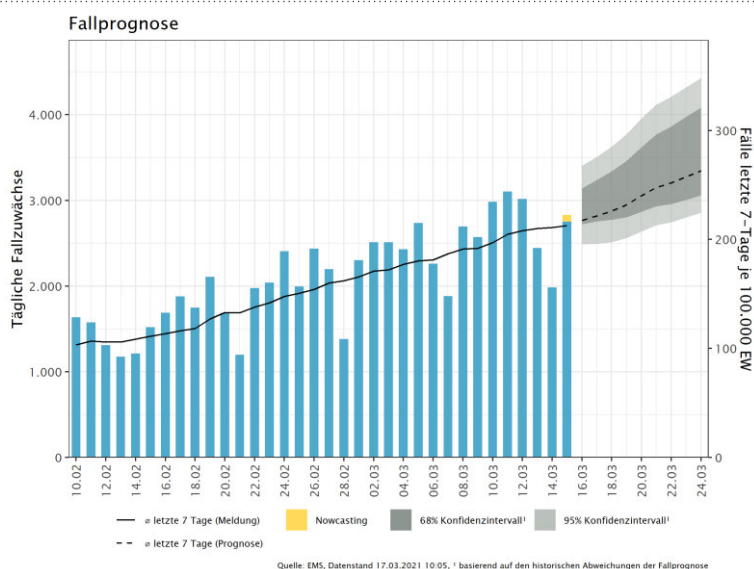
Datenstand 16.3. (00:00)

Fallprognose

- » Die aktuellen Prognosen gehen von einem Infektionsgeschehens von rund **3.300 Fälle/Tag** aus (3.000 Fälle/Tag am 1. Prognosetag bis 3.600 Fälle/Tag am letzten Prognosetag). Am letzten Prognosetag (24.03.) wird eine 7-Tages-Inzidenz von 263 erwartet (95% KI: 225–384).
- » Regional heterogene Entwicklung:
 - » 7-Tages-Inzidenz am letzten Prognosetag reicht von 61 in Vorarlberg bis 349 im Burgenland
 - » Zudem korreliert dieser Anstieg stark mit der N501Y Verbreitung

3

Aktuelle Prognose



4

Prognoseergebnisse im Detail

Zuwachs 16.3. – 24.3. (Prognosehorizont 9 Tage)

Bundesland	Fallzahl	Neue Fälle	Ø tägl. Zuwachs
Burgenland	15.266	1.293	144
Kärnten	33.338	1.750	194
Niederösterreich	87.394	6.246	694
Oberösterreich	96.489	4.442	494
Salzburg	43.340	2.384	265
Steiermark	63.860	3.131	348
Tirol	51.899	2.056	228
Vorarlberg	24.056	314	35
Wien	109.521	7.861	873
Österreich	525.193	29.505	3.278

5

Ergebnis vom 9.3.2021 – Kapazitätsvorschau

- » Im Burgenland ist der COVID-Belag bereits über der Grenze von 33% der gemeldeten Gesamtkapazität und ein weiterer Anstieg prognostiziert. Die Kapazitätsvorschau sieht darüber hinaus in Wien eine Überschreitung der Auslastungsgrenze von 33% COVID Belag an der ICU-Gesamtkapazität in den nächsten Tagen vor. In NÖ ist eine Überschreitung dieser Grenze innerhalb des 68%-Intervalls möglich.
- » Gemäß Prognose steigt dieser Anteil der intensivpflichtigen COVID-Patienten an der ICU Gesamtkapazität (rund 2.018 Betten) von 19,6% bis zum 24.03. auf 25,5%.

Tabelle 2:
Signalwerte zur Systemrisiko-Einschätzung: Auslastung Intensivstationen (nur auf Bundes- oder Bundeslandebene)

Region	COVID-19-Belag/Gesamtkapazität	Initiale RisikoEinstufung
Österreich, Bundesland	≤10%	geringes Risiko
	>10% und ≤25%	mittleres Risiko
	>25% und ≤33%	hohes Risiko
	>33%	sehr hohes Risiko

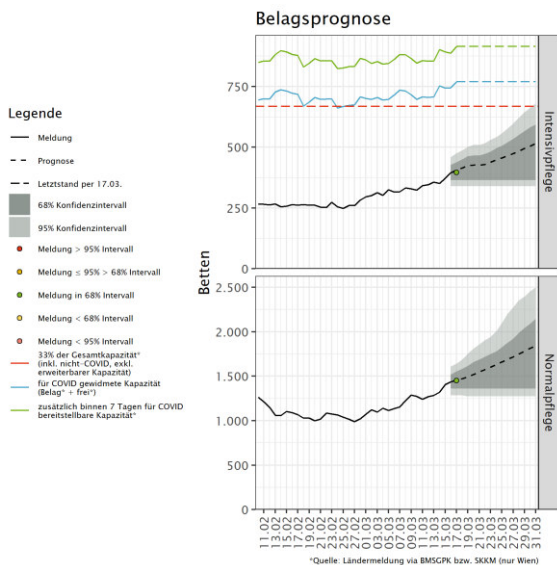
Quelle: eigene Darstellung

- » Gemäß der am 16. 3. im Rahmen der BMSGPK-Berichtsschiene gemeldeten Kapazitäten kommt es innerhalb des Prognosezeitraums (Punktschätzer) im Burgenland zu einer Überschreitung der verfügbaren Intensivbetten (ohne Zusatzkapazitäten).

6

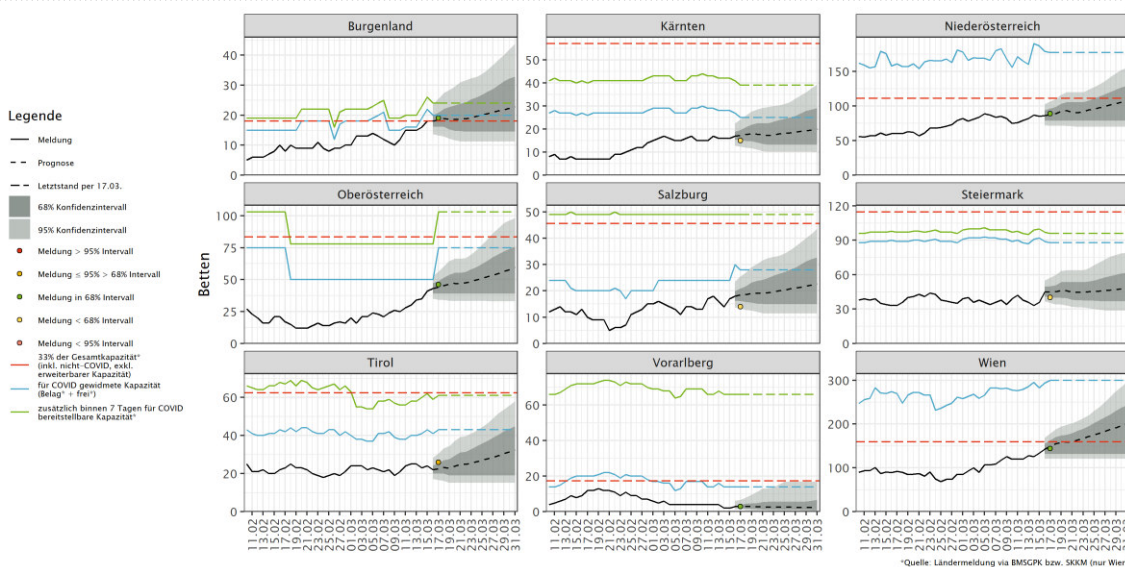
Kapazitätsvorschau Österreich

- » Anstieg des Belages auf ICU von 395 (am 16.03.) auf 515 (am 31.03.), (dzt. rund 770 für COVID-19 verfügb. Betten).
 - » Im Worst-Case-Szenario beläuft sich der Belag im Prognosezeitraum auf rund 680 Betten (tritt mit 97,5% Wahrscheinlichkeit nicht ein).
- » Anstieg des Belages auf Normalstationen von 1.438 (am 16.03.) auf 1.845 (am 31.03.), (dzt. rund 4.600 für COVID-19 verfügb. Betten).
 - » Im Worst-Case-Szenario beläuft sich der Belag im Prognosezeitraum auf rund 2.500 Betten (tritt mit 97,5% Wahrscheinlichkeit nicht ein).



7

Kapazitätsvorschau Intensivpflege Bundesländer



8

Prognoseergebnisse im Detail

Kapazitätsvorschau: Belag und Auslastung am 24.3.

Bundesland	Normalpflege		Intensivpflege			Betten ICU-Bettenkapazität gesamt ¹
	Hauptvariante Belag	Oberes Intervall Max. innerh. 14 Tage Prognosehorizont	Hauptvariante Belag	Auslastung (%) ¹	Oberes Intervall Max. innerh. 14 Tage Prognosehorizont	
Burgenland	71	138	23	0	44	52
Kärnten	105	196	20	0	40	171
Niederösterreich	437	661	107	0	156	333
Oberösterreich	234	432	59	0	99	250
Salzburg	86	163	23	0	44	137
Steiermark	252	415	48	0	80	352
Tirol	120	225	32	0	59	187
Vorarlberg	9	32	2	0	17	52
Wien	531	786	200	0	297	478
Österreich	1.845	2.501	515	0	682	2.012

¹ In Bezug auf Kapazitätsmeldung Länder an BMSGPK am Prognosetag (Annahme Wien: 478 ICU-Betten lt. Meldung Oktober)

Beilage zur

3. Weisung des HBM für die Bearbeitung der notwendigen Themen im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie

Stand: 30.10.20

Durch das Inkrafttreten der neuen Geschäftseinteilung mit 12. Oktober 2020 erfolgt eine weitgehende Aggregation der humanmedizinischen Abteilungen in der neuen Sektion VII, in welcher die Expertise zur Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie und auch zu weiteren humanmedizinischen Themengebieten gebündelt ist.

Durch diese Umstrukturierung wird auch eine neue Geschäftsordnung des im Hause verorteten Krisenstabes durch eine neuerliche Weisung des HBM erforderlich.

Die Grundaufgaben des Krisenstabes

- Fokussierung auf die Abwicklung von Prozessen auf Basis des Epidemiegesetzes,
- intensive Kooperation mit Organisationseinheiten des Hauses, die gemäß Geschäftseinteilung auch für SARS-CoV-2-assoziierte Themen zuständig sind
- Kooperation mit der Corona-Kommission
- Abwicklung SARS-CoV-2-assoziiierter Projekte

werden mit der neuen Weisung der aktuellen Situation angepasst.

Zentrale Steuerungselemente des BMSGPK bleiben **der Lenkungsstab** unter Leitung der Generalsekretärin und die **verpflichtende regelmäßige Abstimmung zwischen Kabinett, Sektionen und Krisenstab**.

Eine Zusammenarbeit der Einsatzleitung des Krisenstabes mit den beteiligten Sektionen, mit der im August konstituierten **Corona-Kommission** und ihrer an der GÖG angesiedelten Geschäftsstelle ist ebenfalls unverzichtbar.

- **Zusammenarbeit zwischen Krisenstab und Sektionen im BMSGPK**

Einmal wöchentlich tagt **der Lenkungsstab zur Abstimmung von Corona-bezogenen Themen** (z.T. als Videokonferenz, um der epidemiologischen Situation zu entsprechen).

Der Lenkungsstab dient der ressortinternen Abstimmung, der Abstimmung mit den Beteiligungen AGES und GÖG, insbesondere zu jenen SARS-CoV-2-assoziierten Themen, die nicht durch den Krisenstab abgedeckt werden, sowie der Abstimmung der Öffentlichkeitsarbeit zu den SARS-CoV-2-assoziierten Themen.

Der Lenkungsstab **setzt sich** aus folgenden TeilnehmerInnen zusammen:

- Generalsekretärin (Leiterin des Lenkungsstabes)
- Kabinettchefin
- Einsatzleitung des Krisenstabes
- Sektionsleiterinnen und Sektionsleiter bzw. die mit der Führung der Geschäfte der Sektion betrauten GL
- AGES- und GÖG-Geschäftsführung
- Vertretung S5
- Vertretung CdS
- allfällig weitere notwendige Personen

Die Organisation der Tagesordnung ist Aufgabe des Krisenstabes, in Abstimmung mit dem Büro der Generalsekretärin.

Bei Bedarf gibt es zusätzlich **regelmäßige Sitzungen zur Abstimmung von einzelnen SARS-CoV-2-assoziierten Projekten** unter Einbeziehung der beteiligten Personen.

Der **wöchentliche Jour Fixe der Einsatzleitung mit dem Kabinett** wird zur Abstimmung der erforderlichen politischen Prozesse genutzt und als ein zusätzliches Bindeglied, um die Arbeit des Ressorts mit der Tätigkeit der **Corona-Kommission** zu verzahnen.

Weiters finden bei Bedarf in jeweils geeigneter Zusammensetzung eigene Abstimmungsrunden mit dem HBM zu SARS-CoV-2-bezogenen Fragestellungen statt.

- **Zusammenarbeit mit der Corona-Kommission:**

Die Corona-Kommission agiert auf Basis ihrer Geschäftsordnung unter dem Vorsitz von Ulrich Herzog/Clemens Martin Auer (siehe Beilage). Gemäß § 3 Abs. 3 der Geschäftsordnung der Corona-Kommission wird die Geschäftsstelle der Corona-Kommission durch MitarbeiterInnen der fachlich zuständigen Sektion sowie der rechtlich zuständigen Sektion des BMSGPK fachlich, rechtlich und personell bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. Federführend erfolgt diese Unterstützung durch die Abteilungen VII/A/9 und VI/A/4.

Dem Einsatzleiter Schimpf kommt bei der Verzahnung dieser Arbeiten eine zentrale koordinierende Funktion zu.

Diese Festlegungen sollen eine koordinierte Vorgangsweise des Ressorts sicherstellen und die Abstimmung zwischen Kabinett, Lenkungsstab, Krisenstab, Sektionen und Corona-Kommission ermöglichen.

- **Sektions- und Abteilungsverantwortlichkeiten mit Corona-Bezug**

Basierend auf der laufenden Abstimmung im Lenkungsstab und den Abstimmungen mit den zuständigen Organisationseinheiten übernehmen die Sektionen grundsätzlich ihre Aufgaben gemäß Geschäftseinteilung, wobei zusätzlich nachfolgende Festlegungen getroffen werden.

Grundsätzliche Mitwirkung aller MitarbeiterInnen des Ressorts an dem Wissensmanagement, der Dokumentation und der Bearbeitung von Anfragen im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie entsprechend dem individuellen Wissensstand.

In der regulären Sektionsstruktur sind folgende SARS-CoV-2-assoziierte Themen nicht eindeutig einer Sektion zuordenbar, weshalb sie im Rahmen von Teilprojekten unter der Leitung der Einsatzleitung abgewickelt werden:

- Testen/Labore – Einsatzleitung leitet den Prozessfortschritt des Gesamtvorhabens über einzelne Teilprojekte hinaus und setzt Abstimmungserfordernisse um
- Impfen – Einsatzleitung leitet den Prozessfortschritt des Gesamtvorhabens über einzelne Teilprojekte hinaus und setzt Abstimmungserfordernisse um
- Corona-Kommission – Einsatzleitung koordiniert die Zusammenarbeit des Krisenstabes mit der Corona-Kommission unter dem Vorsitz Ulrich Herzog/Clemens Martin Auer

Aufgaben der Sektionen hinsichtlich der SARS-CoV-2-Pandemie gemäß der aktuellen Geschäftseinteilung vom 12. Oktober 2020:

Sektion I

- Budget, deshalb Angelegenheiten der Kostentragung gemäß Epidemiegesetz in Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie, allfällig auch SARS-CoV-2-Impfung
- Angelegenheiten der SARS-CoV-2-assoziierten Beschaffung von Schutzmaterial, Medizinprodukten und Arzneimitteln soweit rechtliche Grundlagen bestehen in finanzieller Hinsicht
- Angelegenheiten des SARS-CoV-2-assoziierten EU Joint Procurement in finanzieller Hinsicht

Sektion II

- Angelegenheiten der Sozial- und insbesondere der Krankenversicherung im Kontext mit der SARS-CoV-2-Pandemie, wie z.B. Risikogruppen gemäß ASVG, Kur- und Reha-Betriebe, Krankentransport, Schutzmaterial im niedergelassenen Bereich

Sektion III (GL führen die Geschäfte der Sektion für ihren Bereich)

- verbraucherrechtliche Fragen aufgrund der Beschränkungen in Reisefreiheit, Tourismus etc.
- Leitung der Abteilung III/B/9 sowie deren MitarbeiterInnen unterstützen CdS und MeSaSt

Sektion IV

- Pflege und Soziales (Versorgung, 24h-Betreuung, SARS-CoV-2-assoziierte Fragestellungen in/von Sozialeinrichtungen)
- Menschen mit Behinderungen
- Screening und Monitoring im Pflege- und Sozialbereich
- Beschaffungsprozesse Schutzmaterial für Alten- und Pflegeheime (Erheben des Bedarfs und Zuteilung im Wege der Länder)

Sektion V

- Koordination der internationalen Angelegenheiten und Fragestellungen der WHO, der EU inkl. EU Gesundheitsministertreffen und des Europarates in Bezug auf die SARS-CoV-2-Pandemie
- Soziale Folgen der SARS-CoV-2-Pandemie
- Freiwilligenangelegenheiten im Kontext mit der SARS-CoV-2-Pandemie

Sektion VI (GL führen die Geschäfte der Sektion für ihren Bereich)

- **Gruppe VI/A – Meinhild Hausreither**

Abt. 2 – Hausreither (allgemeine Rechtsangelegenheiten)

Abt. 4 – Füzsl (Recht – AM, MP, Krankenanstalten, übertragbare Krankheiten)

- Ausarbeitung von neuen Gesetzen, Verordnungen, Erlässen
- rechtliche Begleitung erforderlicher Maßnahmen
- allgemeine Beantwortung von Rechtsfragen
- Verwaltungsgerichtshof - Verfahren
- Verfassungsgerichtshof - Verfahren
- Amtshaftungsverfahren
- rechtliche Begleitung der Kostentragung gemäß Epidemiegesetz und COVID-19-MG

- **Gruppe VI/B – Engelbert Prenner**

Abt. 7 – Scharinger (IT)

Abt. 8 – Prenner (Gesundheitstelematik, 1450)

allgemeine organisatorische Fragen: Datenbank-EMS und Screeningdatenbank

- Ausrollung und Anbindung der Datenbank an die Ländersysteme
- Fachliche Weiterentwicklung, Evaluierung und Helpdesk für die Anwendungen (EMS, Screeningdatenbank und Formularerhebung)
- Datenbanken, EMS und 1450 – auch im Hinblick auf Weiterentwicklung und Vorbereitung auf weitere Wellen/Ausbrüche
- Behandlung der Schnittstellenthematik mit e-Impfpass
- Fragen der Laborergebnisübermittlung an getestete Personen
- System 1450 - Regelbetrieb und Kapazitätsplanung
- Monitoring der KH-Bettenkapazitäten

Sektion VII (GL führen die Geschäfte der Sektion für ihren Bereich)

- **Gruppe A – Manfred Ditto (geschäftsführender Leiter)**

- Dokumentation der Arbeit des medizinischen Beraterstabes (insbesondere durch Abteilung Krisenstab sobald Abteilung konstituiert ist)
- Gemeinsam mit der Einsatzleitung: Teststrategie, Testprogramme und Testplanung für AK-, AG- und PCR-Tests sowie allfällige weitere Testmethoden (Strategie für die Testung ab Herbst (Influenzawelle), Zugang zu Tests, Testlogistik etc.) in Abstimmung mit den Bundesländern und den Sanitätsbehörden
- S2/S3 wird vorrangig durch MitarbeiterInnen der Abteilungen der Gruppe VII/A bestritten
 - Abt. 9 – Reinhild Strauß (ÖGD): fachliche Unterstützung der Corona-Kommission gemäß deren Geschäftsordnung
 - Abt. 10 – Maria Paulke-Korinek (Impfwesen): Impfung gegen SARS-CoV-2 in fachlicher Hinsicht
 - Abt. 11 – Bernhard Benka (Krisenmanagement, Epidemiegesetz aus fachlicher Sicht, Seuchenbekämpfung)

- **Gruppe B – Gerhard Embacher:**

Angelegenheiten der Vorbereitung, Planung, Umsetzung und Finanzierung für Krankenanstalten/Ambulatorien/niedergelassenen Bereich (Barackenspitäler);
Angelegenheiten der SARS-CoV-2-Labore insbesondere hinsichtlich der Qualitätssicherung und Laborkontrolle gemeinsam mit dem BASG

- Abt. 1 – Martin Renhardt (AM, MP): Angelegenheiten der COVID-19-Therapien mittels Arzneimittel
- Abt. 5 – Stefan Eichwalder (Gesundheits- und Pharmaökonomie):
Angelegenheiten der SARS-CoV-2-assoziierten Beschaffung von Schutzmaterial, Medizinprodukten und Arzneimitteln für den strategischen Krisenvorrat gemäß MRV sowie des SARS-CoV-2-assoziierten EU-Joint-Procurement in fachlicher Hinsicht
- Abt. 6 – Alexandra Ferdin (Planung und Dokumentation)
- Abt. 7 – Thomas Worel (Rechtsangelegenheiten)

- **BMSGPK Corona SARS-CoV-2-Krisenstab**

Durch die nunmehr 3. Weisung des HBM zur Strukturierung des Krisenstabes wird die gültige Stabsstruktur weitestgehend beibehalten, wenngleich einzelne Stabsfunktionalitäten künftig aus der Sektion heraus übernommen werden.

Aufgrund der personellen Änderungen, aber auch der bereits jetzt schon bestehenden Mehrarbeit durch die aktuelle epidemiologische Situation mit erhöhten Fallzahlen ist ein personelles Aufstocken der Stabsfunktionen erforderlich.

3.1 Zuständigkeiten

- a) Prozesse auf Basis des Epidemiegesetzes im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie
 - allgemein organisatorische Fragen: Epidemieärzte, Beiziehung von besonders geschulten Personen etc.
 - Ausbruchsgeschehen: Abstimmung der Maßnahmen mit den Bundesländern
 - Ausbruchmanagement unter besonderer Berücksichtigung des Reiseverkehrs (z.B. erkrankte Touristen, Unterstützung bei Repatriierung)
 - medizinisch fachliche Anforderungen zum Ausbruchmanagement
 - Koordination und Informationsaustausch mit den Bundesländern
 - Unterstützung bei der Abwicklung von Repatriierungen erkrankter Personen
- b) Modellrechnungen und Modellwartung zu Szenarien
- c) Lagebild
 - Lageerstellung: Kapazitäten/Ressourcen
 - Lageerstellung: epidemiologisches Lagebild
 - Datenmanagement und Dateninterpretation (fachlich)
 - Lageinterpretation
 - Lagekommunikation
- d) Angelegenheiten des in der AGES angesiedelten Contact Tracing (National/International)
- e) Angelegenheiten der Screeningprogramme gemäß Epidemiegesetz
- f) Zusammenarbeit mit anderen Stellen:
 - Zusammenarbeit mit Landessanitätsdirektionen und Gesundheitsbehörden in allen Fragen betreffend SARS-CoV-2
 - Verbindung zum SKKM
 - Zusammenarbeit mit anderen Stäben (national und international)
- g) Mitwirkung an der Beauftragung von AGES und GÖG hinsichtlich SARS-CoV-2-Angelegenheiten
- h) Dokumentation und Archivierung aller Vorgänge im Stab

3.2 Organisationsstruktur

Die telefonische Erreichbarkeit des Stabs ist abhängig vom Lagebild wie folgt festgelegt:

- grundsätzlich Montag bis Sonntag von 8 bis 18 Uhr, allerdings keine zwingende Vorortanwesenheit erforderlich (Bereitschaftsdienste und Homeoffice sind möglich)
- durch die Einsatzleitung können andere Anwesenheiten (örtlich/zeitlich) nach Maßgabe der jeweiligen Lage festgelegt werden

Einzelne Aufgaben sind nunmehr vom Krisenstab auf die Sektionen und Organisationseinheiten übertragen worden.

Nicht in der aktuellen Organisationsstruktur zuordenbare Aufgaben müssen federführend durch die Einsatzleitung wahrgenommen werden.

Erforderlichenfalls werden Ansprechpartner für die Stabsfunktionalität in den Sektionen etabliert (Montag bis Sonntag)

Die MitarbeiterInnen, die dem Krisenstab zugeordnet sind, sind in der angeschlossenen Tabelle zusammengefasst, folgende Aufgaben werden von den einzelnen Funktionalitäten wahrgenommen.

- **Einsatzleitung (EL):** Sie trägt innerhalb des (vom HBM übertragenen) Zuständigkeitsbereiches des Krisenstabes die Gesamtverantwortung. Sie fällt alleinverantwortlich Entscheidungen, fasst Entschlüsse, erteilt die Aufträge, setzt die Mitarbeiter/innen ein, organisiert den Arbeitsprozess, übt die Kontrolle aus und berichtet laufend dem HBM.

- ⇒ **Einsatzleitung:** Gerald Schimpf
- ⇒ **Einsatzleitung Gruppe VII/A:** Manfred Ditto
- ⇒ **Einsatzleitung Medizin:** Bernhard Benka
- ⇒ **Einsatzleitung Recht:** Meinhild Hausreiter

Die Vorsitzenden **der Corona-Kommission** (Ulrich Herzog/Clemens Auer) sind kontinuierlich von der Einsatzleitung beizuziehen und aktiv zu unterstützen.

- **Leitung der Stabsarbeit (CdS):** Sie erfüllt eine vernetzende Funktion im Stab, koordiniert Arbeitsaufträge und greift erforderlichenfalls steuernd ein. Sie zeichnet verantwortlich, dass Aufträge der Einsatzleitung umgesetzt werden und dient als Ansprechpartner bei Problemfällen die Stabsarbeit betreffend.
- ⇒ Christoph Peneder
 - ⇒ Simon Stockreiter bis zur Bestellung der Leitung der neuen Abteilung III/B/9
 - ⇒ Sonja Spiegel
 - ⇒ Verena Nikolai bis zur Bestellung der Leitung der neuen Abteilung VII/A/12

- **Meldesammelstelle (MeSaSt):** Erfüllt vier **zentrale Aufgaben:**
 - **Single Point of Contact (SPC):** exklusive Annahme aller im Krisenstab eingehenden Informationen und Anfragen sowie deren Weiterleitung an die dafür Zuständigen.
 - **Dokumentation und Informationsmanagement:** alle eingehenden Informationen und ausgehenden Aufträge werden gerichtsfest dokumentiert und den Mitgliedern des Krisenstabes zugänglich gemacht. Dazu ist eine gemeinsame Plattform (ELAK Ordner Corona) zu befüllen und zu warten.
 - **Organisatorische Belange:** Protokollführung, Kontaktdatenmanagement, Organisation von Telefonkonferenzen und Sitzungen für die Arbeit des Krisenstabes.
 - **Fachliche Unterstützungsleistungen:** z.B. Zahlenaufbereitung für die Morgenlage

Die Leitung der Abteilung III/B/9 sowie deren MitarbeiterInnen unterstützen CdS und MeSaSt.

- **Sachgebiet 2 – Lage (S2) und Sachgebiet 3 – Maßnahmen (S3) – Einsatz (gemeinsam als S2):** Lage und Maßnahmenplanung gemäß Epidemiegesetz
Lage: Erstellt grundlegende Beiträge zur Lageerhebung sowie die zusammenfassende Lagedarstellung. Liefert in vereinbarter Frequenz umfassende Lageberichte auf Basis der vorhandenen Daten und nutzt hierfür vorhandene Datenquellen.
Fungiert als fachlicher Ansprechpartner für die korrekte und vollständige Erfassung der Daten in der Datenbank und übernimmt in Abstimmung mit der Sektion VI die Kontrollfunktion betreffend die Datenqualität (EMS).
Maßnahmen: Auf Basis der Lage findet eine laufende Analyse und Bewertung im Sinne einer Lagebeurteilung statt. Darauf aufbauend werden mögliche Handlungsmöglichkeiten identifiziert und Maßnahmen entwickelt. Eine laufende Kontrolle der getroffenen Maßnahmen auf ihre Zielerreichung stellt deren Effektivität sicher bzw. identifiziert notwendige Korrekturen oder Alternativen. Dieser Regelkreis findet permanent statt und dient der Beherrschung und Überwachung der epidemiologischen Situation.
Der gesamte Prozess findet in enger Abstimmung mit der Corona-Kommission statt.

Leitung: derzeit offen

- **Sachgebiet 4 – Versorgung (S4) (aus Sektion VII/B heraus):**
Koordination der Angelegenheiten der Ressourcenfragen im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie, insbesondere der Versorgung mit Schutzmaterial, der Krankenhaus-Kapazitäten, der Test-Kapazitäten in Abstimmung mit den zuständigen Stellen im BMSGPK

Ansprechperson für den Krisenstab zu S4: **Stefan Eichwalder**

- **Sachgebiet 5 – Öffentlichkeitsarbeit (S5):**

Vor- und Nachbereitung von Informationen (Daten, Fakten) für Pressekonferenzen und Presseanfragen, Betreuung der Website zu SARS-CoV-2-Themen in enger Abstimmung mit der AKS inkl. Aktualisierung der FAQs; fachliche Informationsbereitstellung in Kooperation mit den zuständigen Sektionen; enge Abstimmung mit den Corona – Hotlines des Ressorts und der AGES sowie der AKS und dem BürgerInnenservice;

Leitung: **Andreas Zenker**

- **Sachgebiet 6 – Kommunikation (S6) (aus Sektion VI/B heraus):**

IT, EMS und Datenbanken. Zuständig für gesundheitsbehördliche Informationssysteme samt IT-Prozessmanagement und -optimierung, insbesondere hinsichtlich EMS und Screening-Datenbank gemäß Epidemiegesetz; technisch-organisatorische Angelegenheiten der Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Gesundheitsbehörden und -organisationen; Abstimmung mit den zuständigen Stellen im BMSGPK.

Wochenendbereitschaft muss gewährleistet sein (S6, Programmierer, Systemtechniker)

Ansprechpersonen für den Krisenstab zu S6: **Christopher Ozvald, Robert Scharinger**

- **Sachgebiet 7 – Recht (S7) (aus Sektion VI/A heraus):**

Übernimmt die Umsetzung von Rechtsfragen und Rechtsinterpretationen. Vorbereitung und Ausarbeitung von Rechtsgrundlagen iZm der SARS-CoV-2-Pandemie. Koordination von juristischen Angelegenheiten in Abstimmung mit den zuständigen Organisationseinheiten im BMSGPK sowie den Bundesministerien und den Ländern

Ansprechperson für den Krisenstab zu S7: **Sylvia Füzsl**

- **Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement (SKKM):**

Eine Verbindungsbeamtin/ein Verbindungsbeamter aus der Ressortstruktur heraus stellt den Kontakt zwischen Krisenstab und SKKM-Koordinierungsstab sicher.

- Clemens Martin Auer (unter gleichzeitiger Wahrung seiner Aufgaben als Sonderbeauftragter)
- Martina Brix

Vertretung: Bernhard Benka und Manfred Ditto

Mitglieder des Corona-Krisenstabes – 3. Weisung

Name	Stabszuordnung
1. Gerald Schimpf	EL
2. Manfred Ditto	EL
3. Meinhild Hausreither	EL Recht
4. Bernhard Benka	EL Medizin
5. Elisabeth Reich	Projektmanagement EL
6. AL VII/A/12	CdS – ab Besetzung der Stelle
7. AL III/B/9	CdS – ab Besetzung der Stelle
8. Christoph Peneder	CdS
9. Sonja Spiegel	CdS
10. Verena Nikolai	CdS
11. Simon Stockreiter	CdS
12. Helga Kolle	MeSaSt Leitung
13. Sabine Ladits	MeSaSt
14. Bernhard Gradinger	MeSaSt
15. Hannah Vaplon	MeSaSt
16. Alexandra Humer	MeSaSt
17. Sabrina Sorg	MeSaSt
18. Nina Wagner	MeSaSt
19. Irene Kazoni-Rückerl	S2
20. Julia Krainz	S2
21. Mona Malek	S2
22. Christine Hain	S2
23. Gabriela El Belazi	S2
24. Amra Sarajlic	S2
25. Elise Schabus	S2
26. Constantin Zieger	S2
27. Silvia Freidl	S2
28. Daniel Heincz	S2
29. Esther Katerl	S2
30. Judith Benedics	S2
31. Adelheid Weber	S2
32. Katharina Zawodsky	S2
33. Benjamin Saad	S2
34. Sarah Gradl	S2
35. Sabrina Stringer	S2
36. Andreas Zenker	S5 Leitung
37. Helene Stockinger	S5
38. Karl Jereb	S5/AKS
39. Ralph Tatto	S5/AKS
40. Camilla Sofia Nägele	S5/S2/Daten
41. Lisa Walzel	S5/S2/Daten
42. DI Oliver Brantner, MSc	S5/S2/Daten
43. Monika Bauer	S5/S2/Daten

2 Beilagen

4. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung – Rückmeldungen aus der Befassung der Corona-Kommission bis 10.03.2021, 12 Uhr

Zusammenfassung der Befassung der Corona-Kommission:

4 Rückmeldungen von KurienvorteilerInnen sind eingelangt: BMKOES, BMAFJ, Land Wien, Herzog (Vorsitzender)

Rückmeldungen im Detail:

Name, Kurie	Datum	Bezugnehmende §§	Stellungnahme inhaltlich
Klingenbrunner, BMKOES	10.3.2021	Allgemein	Klingt plausibel
Piller, BMAFJ	10.3.2021	§ 6 Abs. 8	<p>§ 6 Abs. 8 des Entwurfes verpflichtet Betriebe mit mehr als 50 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ein Präventionskonzeptes auszuarbeiten und umzusetzen. Basierend auf einer Risikoanalyse ist ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes COVID-19-Präventionskonzept zur Minimierung des Infektionsrisikos auszuarbeiten und umzusetzen. Der Betreiber einer Betriebsstätte mit mehr als 50 Arbeitnehmern hat die Einhaltung dieser Bestimmungen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen.</p> <p>In Anerkennung der Absicht, dass Betriebe offenbar zu einer systematischen Vorgehensweise gebracht werden sollen, ersuchen wird trotzdem die folgende Punkte zu bedenken, da der einheitliche Vollzug dieser Bestimmung sehr schwierig werden wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Risikoanalyse und die Ausarbeitung eines dem Stand der Wissenschaft entsprechendes COVID-19-Präventionskonzeptes wird unserer Meinung nach die meisten Betriebe überfordern. Damit Betriebe in die Lage versetzt werden, diese Anforderung zu erfüllen, müssten Anleitungen einerseits zur Durchführung der Risikoanalyse zur Verfügung gestellt werden und darüber hinaus exemplarische Lösungen für betriebliche Maßnahmen. • Es stellt sich allerdings die grundsätzliche Frage, ob der komplexe und ev. auch auf manche Betriebe abschreckend wirkende Ansatz eines auf einer Risikoanalyse und wissenschaftlichen Grundlage zu erarbeitenden Präventionskonzeptes unbedingt erforderlich ist bzw. die intendierte Wirkung entfalten wird. Könnte es eventuell nicht ausreichen, dass die Betreiber von Betriebsstätten für ihren Betriebe darlegen, welche Maßnahmen im Betrieb

			<p>konkret für die Einhaltung der Anforderungen der SchuMaV (insbes. §§ 4 bis 8) gesetzt wurden und wie mit Abweichungen, Störungen und Vorfällen umgegangen wird und welche Maßnahmen für die Einhaltung getroffen worden sind (Aufsicht, Kontrolle)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es stellt sich auch noch die Frage der Kontrolle dieser Bestimmungen durch die zuständigen Gesundheitsbehörden: Woran erkennt die Behörde, ob ein Präventionskonzept den Anforderungen der Bestimmung genügt? – Und damit im Zusammenhang stehend die Frage der Dokumentation des Präventionskonzeptes: Ist die schriftliche Form zwingend oder sollen die gesetzten Maßnahmen für sich sprechen? Es ist dabei allerdings anzumerken, dass auch die Vorlage eines schriftlichen Präventionskonzeptes die zuständige Gesundheitsbehörde nicht davon entbinden wird, die Maßnahmen vor Ort zu kontrollieren (Papier ist bekanntlich geduldig). • Die Aufzählung in § 6 Abs. 8 sollte aus unserer Sicht ergänzt werden um: <ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle und Aufsicht über die gesetzten Maßnahmen im Betrieb bzw. an auswärtigen Arbeitsstellen • Personaltransporte • Verhalten in Sozialräumen und Kantinen • Reinigung und Desinfektionsmaßnahmen • Bereiche in denen der Schutzabstand unterschritten wird und damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen • Verhalten im Außendienst
Müller, Land Wien	10.3.2021	Allgemein	Zunächst ist festzuhalten, dass die Einräumung einer Stellungnahmefrist von nur wenigen Stunden eine angemessene Bewertung und Beurteilung des gegenständlichen Novellierungsentwurfes seriöserweise nicht zulässt. Es wird darauf hingewiesen, dass es keine Not für derartig kurze, de facto nicht existente Begutachtungsfristen gibt. Es wäre sowohl für Verwaltungsbehörden als auch für Normunterworfenen von Wichtigkeit Planungs- und Rechtssicherheit zu haben, dies vor allem im Hinblick auf die nunmehrige Dauer der Pandemie und die unüberblickbare Anzahl von Novellierungen und Verordnungen.
		Z 4 (§ 6 Abs. 2 Z 2)	Da mit der geplanten Novellierung das Tragen einer FFP2-Maske oder mindestens gleichwertig als Grundsatz vorgeschrieben wird, wird dem Abs. 3 vorgegriffen, der eine

			strengere Vereinbarung als das Tragen eines M-N-S ermöglicht, womit der Abs. 3 im Ergebnis angepasst oder gestrichen werden sollte.
		Z 5 (§ 6 Abs. 8)	<p>Es wird angemerkt, dass sich Betriebe in dieser Größe längst an gängigen SOP der Interessenvertretungen orientieren bzw. halten. In der Praxis wird diese Regelung dazu führen, dass die zuständigen Behörden sich abermals und wie mittlerweile üblich nach Novellierungen mit unzähligen Anfragen nach Durchsicht und Bewilligung konfrontiert sehen werden, die die ohnehin bestehende Arbeitslast nur weiter vergrößern.</p> <p>Es wäre diesfalls wenigstens eindeutig zu normieren, dass derartige Präventionskonzepte keiner wie auch immer gearteten Anzeige oder Bewilligungspflicht unterliegen.</p>
		Z 7 (§ 10 Abs. 10 Z 6)	<p>Im § 10 Abs. 10 Z 6 ist der Verweis auf die Ausnahme nach § 17 Abs. 10 nicht richtig, weil dieser den Parteienverkehr in Ausübung von Verwaltungstätigkeiten betrifft. Richtig wäre der Verweis auf § 17 Abs. 11 („<i>Bewohner, denen es aus gesundheitlichen oder behinderungsspezifischen Gründen, insbesondere wegen dementieller Beeinträchtigung, nicht zugemutet werden kann, die Vorgaben einzuhalten.</i>“).</p>
		Z 9 (§ 13 Abs. 3 Z 9)	<p>Aus epidemiologischer Sicht und in Zusammenschau mit verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechten ist eine Beschränkung auf Personen unter 18 Jahren nicht nachvollziehbar. Sogar in der Ausnahmegruppe kann diese Regelung zu eigenartigen Konstellationen führen. Beispielsweise könnte diese Regelungen Schüler aus dem Klassenverbund ausschließen, wenn sie bereits volljährig sind oder eine Klasse wiederholen müssen.</p> <p>Das Abweichen vom Mindestabstand von 2-Metern darf zwar gemäß Abs. 8 kurzfristig unterschritten werden, jedoch ist nicht klar, welche sonstigen geeigneten Schutzmaßnahmen zu treffen sind (besonders im Hinblick darauf, dass sie im Rahmen der Sportausübung getroffen werden sollen).</p>
		Z10 (§ 13 Abs. 4)	<p>Soweit ersichtlich ist bei der Regelung zu Maskentragepflicht ein legislativer Fehler unterlaufen: Es wird in § 13 Abs. 4 sowohl in Z 1 als auch in Z 2 erwähnt, dass für psychosoziale Treffen (Abs 3 Z 10) Masken zu tragen sind. Wenn man das mit Veranstaltungen nach Abs 3 Z 4-7 vergleicht, die nur in Abs. 4 Z 1 genannt sind, ist das nicht stimmig. In § 13 Abs. 4 Z 2 müsste daher der Verweis auf Abs. 3 Z 10 entfallen.</p>

		Z12 (§ 13 Abs. 7)	<p>Die Vorstellung, dass sich beispielsweise sieben Jugendliche in einer nicht öffentlichen Sportstätte treffen um dort gemeinsam Sport betreiben und ein Präventionskonzept erarbeiten, welches dem Stand der Wissenschaft entspricht, ist fern der realen Gegebenheiten und wohl de facto nicht exekutierbar.</p> <p>Die Voraussetzung für die Zulässigkeit der Teilnahme der volljährigen Betreuungsperson, wenn spätestens alle sieben Tage ein negatives Ergebnis eines Antigen-Tests auf SARS-CoV-2 vorliegen muss, dessen Abnahme nicht mehr als 48 Stunden zurückliegen darf, oder eines molekularbiologischen Tests auf SARS-CoV-2, dessen Abnahme nicht mehr als 72 Stunden zurückliegen darf, ist nicht schlüssig. Der Gesetzgeber möge klarstellen, ob das Testergebnis alle sieben Tage vorzulegen ist, oder es – je nach Test - nicht älter als 48 (Antigen) oder 72 Stunden (molekularbiologischer Test) alt sein darf.</p> <p>Soweit ersichtlich gibt es keine Legaldefinition der Begriffe „öffentliche Sportstätten“ und „nicht-öffentliche Sportstätten“. Es sollte daher klargestellt werden, was unter nicht öffentlichen Sportstätten zu verstehen ist.</p> <p>Das Verhältnis dieser Regelung zu § 9 Abs. 2 Z 2 ist unklar. Weiters ist unklar, was unter Abs. 7 Z 2 „Gesundheitscheck vor der Sportausübung“ zu verstehen ist.</p>
		Z 14 (§ 14)	<p>Hier ist mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass sich die außerschulische Jugendbetreuung, besonders in Zeiten, wo sich der psychische Leidensdruck besonders auch in der Gruppe der jungen Erwachsenen in weit überdurchschnittlichen Maße manifestiert, nicht auf die Altersgruppe unter 18 beschränkt. Mit dieser Regelung werden junge Erwachsene auf undifferenzierte und epidemiologisch nicht begründbare Weise von Programmen ausgeschlossen.</p> <p>Bezüglich Voraussetzung für die Zulässigkeit der Teilnahme der volljährigen Betreuungsperson gilt das zu § 13 Abs. 7 ausgeführte.</p>
		Z 17 (§21)	<p>Im Hinblick auf den letzten Satz des § 21 Abs. 1 wird angemerkt, dass der Fall einer aus minderjährigen Personen bestehenden Besuchergruppe nicht geregelt ist. Weiters wird angemerkt, dass die Absätze 2 bis 6 im Gegensatz zu Abs. 1 nicht auf Vereine Bezug nehmen.</p>

		Z 18 (§ 24)	<p>In der rechtlichen Begründung wird ausgeführt, dass sowohl in § 7 Abs. 4 COVID-19-Maßnahmegesetz als auch in § 43a Abs. 4 Epidemiegesetz vorgesehen ist, dass entsprechend der jeweiligen epidemiologischen Situation betreffend COVID-19 differenziert werden kann. Es ist jedoch in keiner Weise festgelegt, wer die jeweilige epidemiologische Situation bewertet bzw. festlegt und anhand welcher konkreter Parameter die Entscheidung erfolgt, dass betreffend einzelner Gebiete eine andere bzw. bessere epidemiologische Situation vorliegt.</p>
		§ 24 Z 1	<p>In der rechtlichen Begründung wird ausgeführt, dass sowohl in § 7 Abs. 4 COVID-19-Maßnahmegesetz als auch in § 43a Abs. 4 Epidemiegesetz vorgesehen ist, dass entsprechend der jeweiligen epidemiologischen Situation betreffend COVID-19 differenziert werden kann. Es ist jedoch in keiner Weise festgelegt, wer die jeweilige epidemiologische Situation bewertet bzw. festlegt und anhand welcher konkreter Parameter die Entscheidung erfolgt, dass betreffend einzelner Gebiete eine andere bzw. bessere epidemiologische Situation vorliegt.</p> <p>Hinsichtlich § 24 Z 1 letzter Satz wird angemerkt, dass die Bezugnahme auf § 9 Abs. 2 Z 2 unklar formuliert ist und die anzuwendenden Regelungen besser auszuformulieren wären. Überdies ist statt § 13 Abs. 4 wohl nur der letzte Satz des § 13 Abs. 4 gemeint.</p> <p>Nach § 24 Z 3 darf der Betreiber Kunden nur einlassen, wenn ein negatives Ergebnis eines AntigenTests auf SARS-CoV-2, dessen Abnahme nicht mehr als 48 Stunden zurückliegen darf, oder eines molekularbiologischen Tests auf SARS-CoV-2, dessen Abnahme nicht mehr als 72 Stunden zurückliegen darf, vorgewiesen wird. Darüber hinaus haben Kunden eines Gastronomiebetriebes eine Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 ohne Ausatemventil oder eine Maske mit mindestens gleichwertig genormten Standard – wie in der Rechtlichen Begründung ausgeführt wird, auch am Verabreichungsplatz - zu tragen und gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben oder der Besuchergruppe angehören, einen Abstand von zwei Metern einzuhalten.</p> <p>Beim Betreten von Freizeit- und Kultureinrichtungen (§ 24 Z 4) sowie bei Veranstaltungen ist ein Abstand von mindestens einem Meter gegenüber anderen Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, einzuhalten bzw. wenn dies nicht möglich ist die seitlich</p>

			<p>daneben befindlichen Sitzplätze freizuhalten, sofern nicht durch andere geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko minimiert werden kann. Darüber hinaus müssen die Teilnehmer nicht zwingend ein negatives Ergebnis eines AntigenTests auf SARS-CoV-2, dessen Abnahme nicht mehr als 48 Stunden zurückliegen darf, oder eines molekularbiologischen Tests auf SARS-CoV-2, dessen Abnahme nicht mehr als 72 Stunden zurückliegen darf, vorweisen, sondern genügt auch ein negatives Ergebnis eines SARS-CoV 2-Tests zu Eigenanwendung.</p> <p>Die unterschiedlichen Regelungen für das Betreten von Gastronomiebetrieben einerseits und von Freizeit- und Kultureinrichtungen bzw. für die Teilnahme an Veranstaltungen andererseits, scheinen aus Sachlichkeitserwägungen fraglich.</p> <p>Hinsichtlich § 24 Z 3 lit. d ist festzuhalten, dass diese Regelung wohl nicht während der Konsumation von Speisen und Getränken gelten soll.</p> <p>Zu § 24 Z 5 lit. c ist festzuhalten, dass das Abstellen auf Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben (statt auf die Besuchergruppe) für den Veranstalter wohl schwer zu organisieren sein wird.</p> <p>In § 24 Z 5 lit. h ist die Anführung der Verabreichung von Speisen und Getränken im Hinblick auf die Regelung der lit. f unklar.</p>
Herzog, BMSGPK (Vorsitzender)	10.3.2021	§ 1 und §6	<p>Wenn nun der MNS gestrichen wird würde ich bei Masken mit mindestens gleichwertig genormten Standard – insbesondere auf die Filterleistung abstellen im § 1 und insbesondere im § 6; Es gibt Masken die sogar eine höhere Filterwirkung haben, aber auf Grund des Materials die Brandschutzbestimmungen nicht erfüllen. Das ist bei einem Arbeitnehmerschutzprodukt sinnvoll aber nicht bei einer Maske zur Reduktion der Aerosolverbreitung!</p> <p>Diese Masken sind aus Baumwolle haben daher auch besseren Tragekonform und können auch wiederverwendet werden. Ich denke wir sollten hier diese Möglichkeit öffnen! Eine falsch getragenen FFP2 Maske bringt auch nicht viel!</p>
		Allgemein	Haben wir eine Definition für den Freiluftbereich? Oder ist dies nicht erforderlich

		§ 13 Abs 7	Zu § 13 Abs 7 was bedeutet Gesundheitscheck? – ist damit Fiebermessen gemeint oder die Abfrage ob es Symptome gab – ich gehe nicht davon aus dass es sich hier um eine ärztl. Überprüfung handeln kann.
		Sondergebiet VBG	<p>Ich würde es sehr begrüßen, wenn wir in diesem Pilot die Überlegungen zur Veranstaltungen aufnehmen würden. – Dies wäre ein tatsächlicher PILOT der dann auch evaluiert und nachgebessert werden kann auf den Erfahrungen der VBG Behörden.</p> <p>Vorschlag für Veranstaltungen & Präventionskonzept / COVID BEAUFTRAGTER / ANZEIGE /</p> <p><i>(5) Der für eine Veranstaltung Verantwortliche hat bei Veranstaltungen in geschlossenen Räumen mit über 10 Personen und bei Veranstaltungen im Freien mit über 10 Personen ein COVID-19-Präventionskonzept auszuarbeiten und dieses umzusetzen.</i></p> <p><i>Das COVID-19-Präventionskonzept hat insbesondere Vorgaben zur Schulung der Mitarbeiter und basierend auf einer Risikoanalyse Maßnahmen zur Minimierung des Infektionsrisikos zu beinhalten. Hiezu zählen insbesondere:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Regelungen zur Steuerung der Besucherströme,</i> <i>2. spezifische Hygienevorgaben,</i> <i>3. Regelungen zum Verhalten bei Auftreten einer SARS-CoV-2-Infektion,</i> <i>4. Regelungen betreffend die Nutzung sanitärer Einrichtungen,</i> <i>5. Regelungen betreffend die Verabreichung von Speisen und Getränken. Das COVID-19-Präventionskonzept kann auch ein datenschutzkonformes System zur Nachvollziehbarkeit von Kontakten wie beispielsweise ein System zur Erfassung von Anwesenheiten auf freiwilliger Basis beinhalten.</i> <p><i>Der für eine Veranstaltung Verantwortliche hat bei Veranstaltungen in geschlossenen Räumen mit über 25 Personen und bei Veranstaltungen im Freien mit über 25 Personen einen COVID-19-Beauftragten zu bestellen.</i></p> <p><i>(5a) Veranstaltungen in geschlossenen Räumen mit über 25 Personen und Veranstaltungen im Freien mit über 25 Personen sind zudem der für den Veranstaltungsort zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde unter Bekanntgabe jedenfalls folgender Informationen anzuzeigen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Name und Kontaktdaten insbesondere Telefonnummer des Veranstalters</i> <i>2. Zeit, Dauer und Ort der Veranstaltung</i> <i>3. Zwecke der Veranstaltung</i> <i>4. Anzahl der Teilnehmer und Anzahl der Personen die für die Durchführung der Veranstaltung erforderlich sind.</i>

Wiederkehrende Veranstaltungen, welche immer zum gleichen Zeitpunkt am selben Ort abgehalten werden, können unter Angabe der geplanten Veranstaltungstermine für einen Zeitraum von maximal 8 Wochen mit einer Meldung bei der Behörde angezeigt werden. Die Anzeige hat elektronisch an eine von der Zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde bekanntgegeben Email-Adresse oder im Wege einer Web-Applikation erfolgen.

Bei Veranstaltungen mit einer Bewilligung ab 50 Personen gemäß Abs. 4. entfällt auf Grund der Bewilligungspflicht die Verpflichtung zur Anzeige der Veranstaltung.

(5a) Der Veranstalter hat das Covid-19-Präventionskonzept während der Veranstaltung verfügbar zu haben und hat dieses Auf Verlangen der Bezirksverwaltungsbehörde im Rahmen der Kontrolle vorzulegen. Die Bezirksverwaltungsbehörde hat die Einhaltung der COVID-19-Präventionskonzepte stichprobenartig zu überprüfen

Es muss möglich sein, angezeigte Veranstaltungen durch die Exekutive aufzulösen!
Eine reine Anzeige wird nichts bringen und die Partygäste legen zusammen, um die Verwaltungsstrafe zu entrichten!!!

Was heißt das nun:

Teilnehmer Anzahl*		Test- pflicht	Covid- Präventions- konzept	Covid- Beauftragter	Anzeige	Bewilligung
indoor	outdoor					
Bis 4	Bis 4	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
>4 bis 10	>4 bis 10	JA	Nein	Nein	Nein	Nein
>10 bis 25	>10 bis 25	JA	JA	Nein	Nein	Nein
>25 bis 50	>25 bis 50	JA	JA	JA	JA	Nein
>50 bis 100 bzw. max 50%	>50 bis 100 bzw. max 50%	JA	JA	JA	Nein	JA

			<p>*ANZAHL kann je nach Situation angepasst werden; Rechtsrahmen in der kommenden Novelle verankern um auch vorbereiten zu können; Zahlen können dann auch situationsnangepasst eingetragen werde</p>
--	--	--	---

Covid-19, Österreich

AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance

02.12.2020 09:00 (auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 02.12.2020 07:00)

Österreich: 7-Tages-Inzidenz letzten 2 Wochen

Tabelle 1: 7-Tages Inzidenzen von SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose.

<i>Bundesland</i>	Mittwoch – Dienstag		Dienstag – Montag	
	<i>18.11.-24.11.</i>	<i>25.11.-01.12.</i>	<i>17.11.-23.11.</i>	<i>24.11.-30.11.</i>
Burgenland	327.41	255.06	343.37	273.06
Kärnten	538.58	453.77	549.09	492.79
Niederösterreich	311.05	257.26	331.00	267.18
Oberösterreich	574.59	376.04	606.40	410.93
Salzburg	614.24	481.37	642.90	485.84
Steiermark	367.22	320.36	387.68	339.70
Tirol	572.04	347.53	578.91	413.00
Vorarlberg	450.98	295.61	487.23	292.34
Wien	298.09	207.46	311.38	237.81
Österreich	422.62	311.06	442.63	336.77

Österreich: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

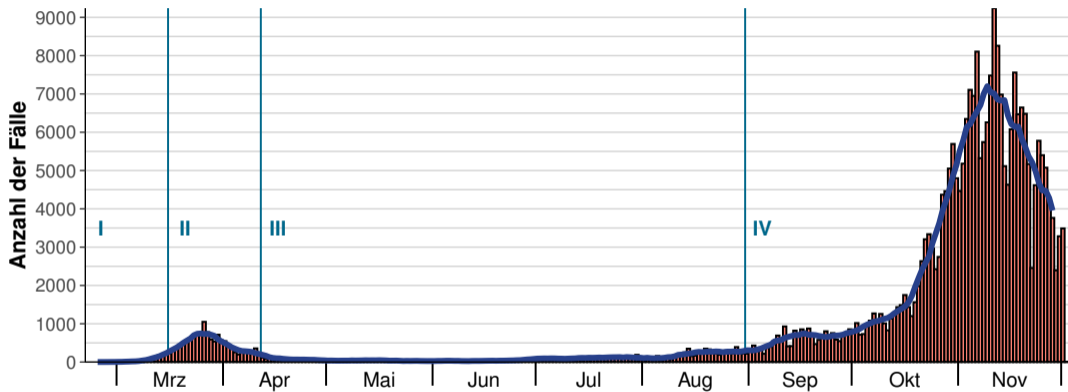
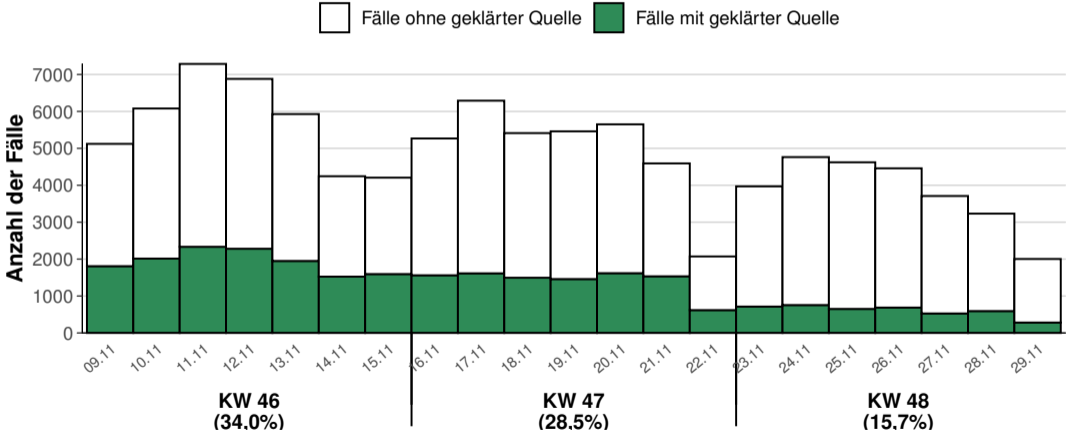


Abbildung 1: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung

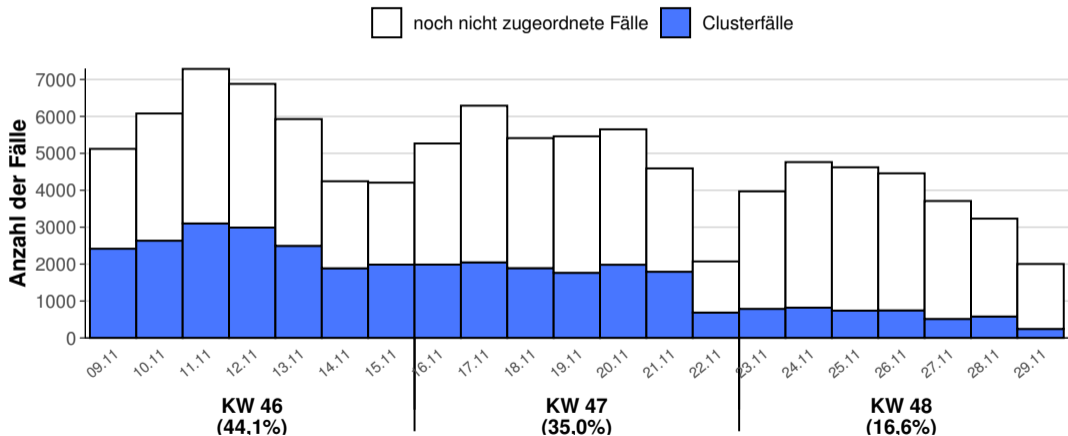
Österreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	43	44	45	46	47	48
Fälle Österreich (N)	18.114	31.591	44.758	47.965	40.859	31.310
Fälle Wien (N)	4.311	6.394	6.247	8.220	6.114	4.552
Fälle Österreich exkl. Wien (N)	13.803	25.197	38.511	39.745	34.745	26.758
Fälle ungeklärt (n)	6.541	14.327	25.946	26.237	24.840	22.547
Indexfälle ³ (n)	2.224	3.719	5.599	4.799	2.922	824
Anteil geklärt	52,6%	43,1%	32,6%	34,0%	28,5%	15,7%
Fälle geklärt (n)	7.262	10.870	12.565	13.508	9.905	4.211
Clusterfälle (n)	9.079	14.092	17.527	17.509	12.152	4.436
sporadisch importierte Fälle (n)	118	103	98	74	39	10
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	6.837	10.394	11.944	12.699	9.220	3.611
Haushalt	44,4%	55,5%	64,1%	67,4%	69,4%	63,8%
Freizeit	23,5%	21,3%	20,0%	15,1%	7,2%	2,9%
Gesundheit-Sozial	13,3%	10,3%	10,3%	11,4%	18,1%	31,8%
Arbeit	7,2%	4,3%	2,9%	3,2%	2,5%	0,7%
Hotel-Gastro	1,1%	1,0%	0,6%	0,1%	0,1%	0,0%
Bildung	7,5%	5,5%	0,7%	2,1%	2,3%	0,3%
Transport	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Reise	1,4%	1,0%	0,9%	0,3%	0,3%	0,1%
Haushalt (n)	3.034	5.772	7.662	8.560	6.400	2.305
Bildung (n)	514	571	87	272	208	12
Gesundheit-Sozial (n)	908	1.074	1.225	1.454	1.671	1.149
Reise (n)	98	101	109	43	25	5

Österreich (exkl. Wien): Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich: Altersverteilung I

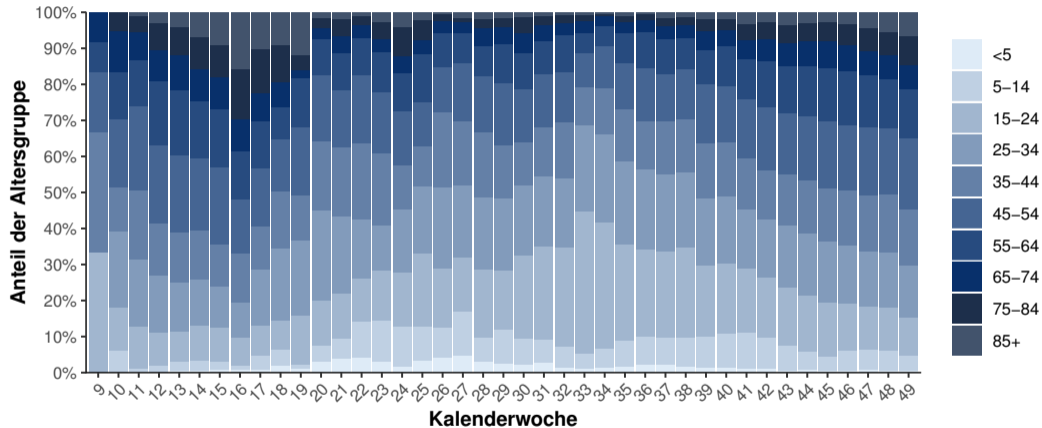


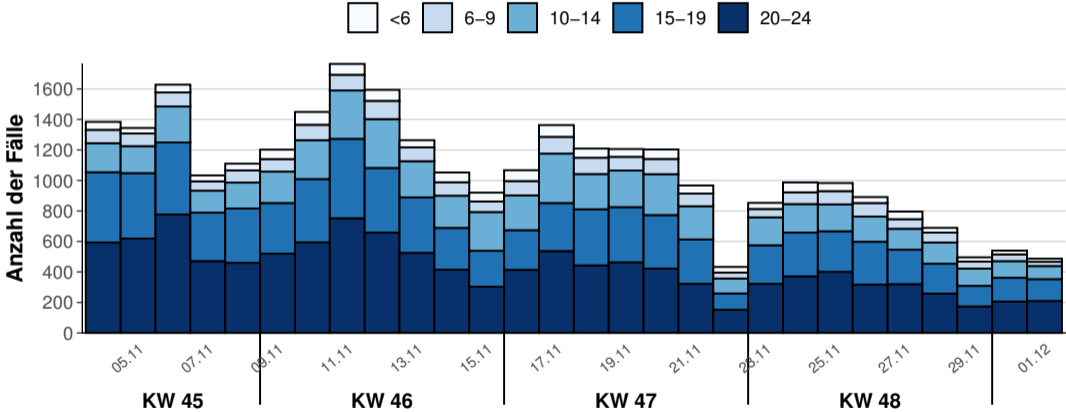
Abbildung 2: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.

Österreich: Altersverteilung II

Tabelle 2: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	7.480	14	39.7	70
42	9.733	15	40.9	70
43	18.114	17	42.3	72
44	31.591	18	43.0	71
45	44.758	19	43.9	71
46	47.965	19	44.3	73
47	40.859	18	45.2	76
48	31.310	19	45.6	78

Österreich: Verteilung der Infektionsfälle von unter 25-Jährigen nach Altersgruppe für die vergangenen 4 Wochen

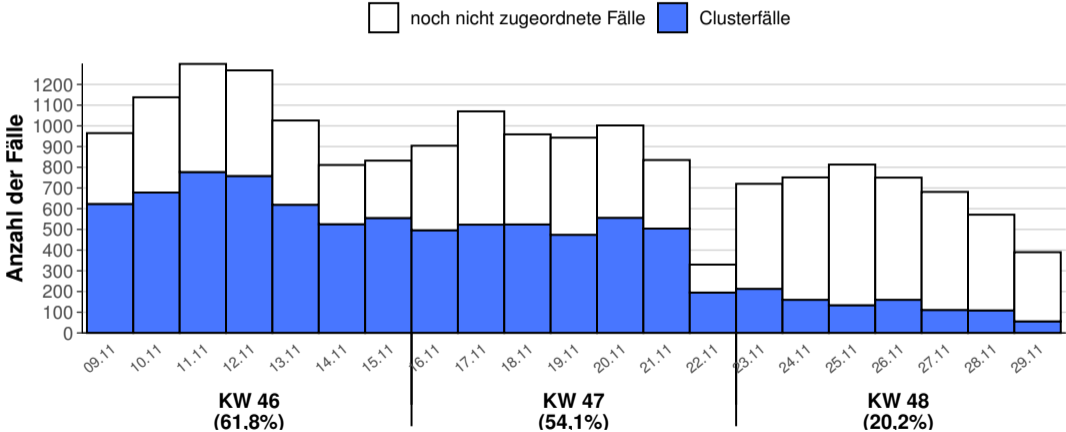


Österreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

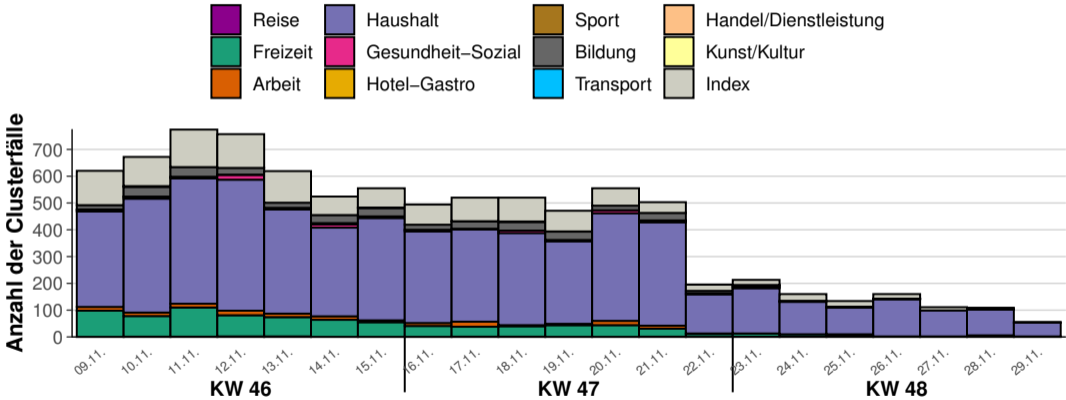
Tabelle 3: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation							klinische Manifestation						
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	148	36,0	137	33,3	126	30,7	411	108	35,3	79	25,8	119	38,9	306
6-9	231	37,1	211	33,9	181	29,1	623	137	28,4	166	34,4	179	37,1	482
10-14	619	38,5	525	32,7	463	28,8	1607	391	35,5	281	25,5	428	38,9	1100
15-19	997	48,5	342	16,7	715	34,8	2054	675	41,1	248	15,1	721	43,9	1644
20-24	1376	50,0	352	12,8	1025	37,2	2753	939	43,4	250	11,6	974	45,0	2163
Total	3371	45,3	1567	21,0	2510	33,7	7448	2250	39,5	1024	18,0	2421	42,5	5695

Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Österreich: Inzidenz nach Bezirk

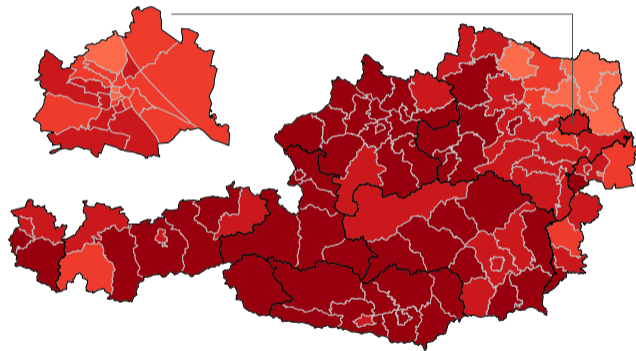
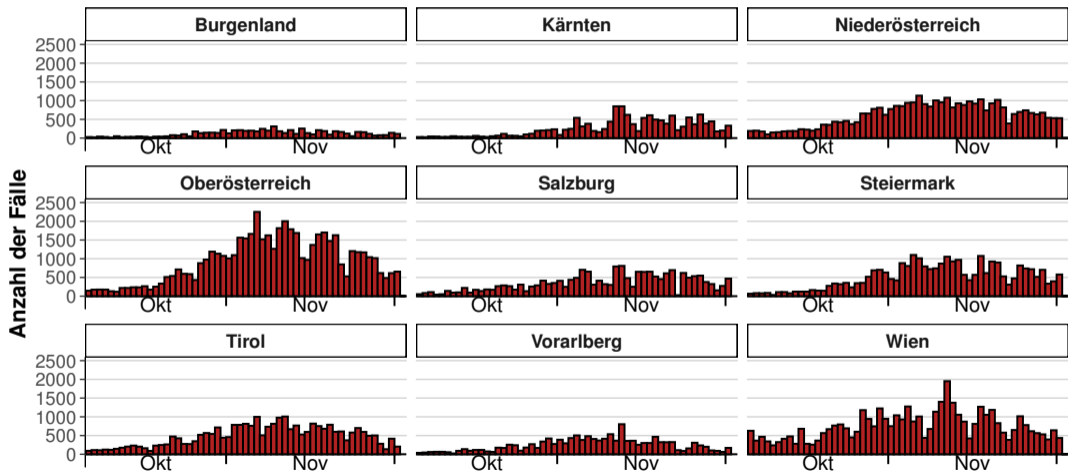


Abbildung 3: Kumulative Inzidenz/100.000 EW nach Bezirk der vergangenen 7 Tage (25.11.2020 – 01.12.2020) . Es gilt die regionale Falldefinition.

Österreich: Zeitlicher Verlauf der Bundesländer für die vergangenen acht Wochen (07.10.2020 – 02.12.2020)



Österreich: Epidemiologische Parameter I

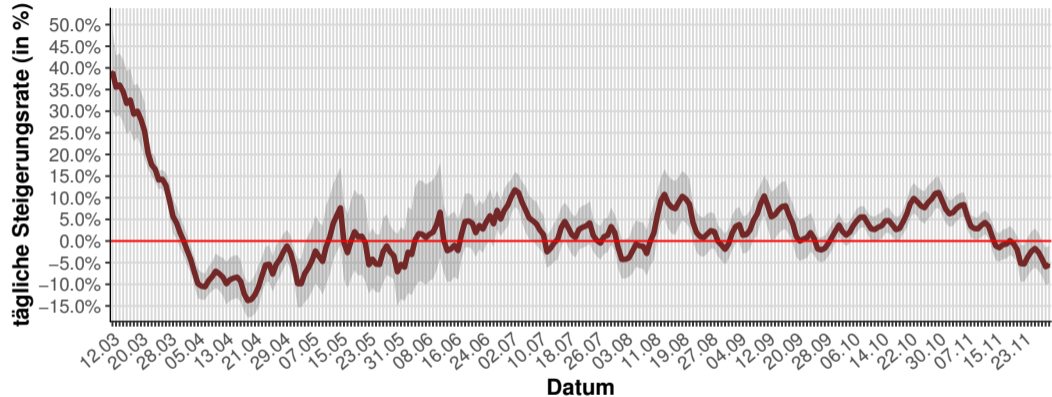


Abbildung 4: Modellierter tägliche Änderungsrate in % basierend auf den vorangegangenen 13 Tagen bezogen auf den Berichtstag. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert.

Österreich: Epidemiologische Parameter II

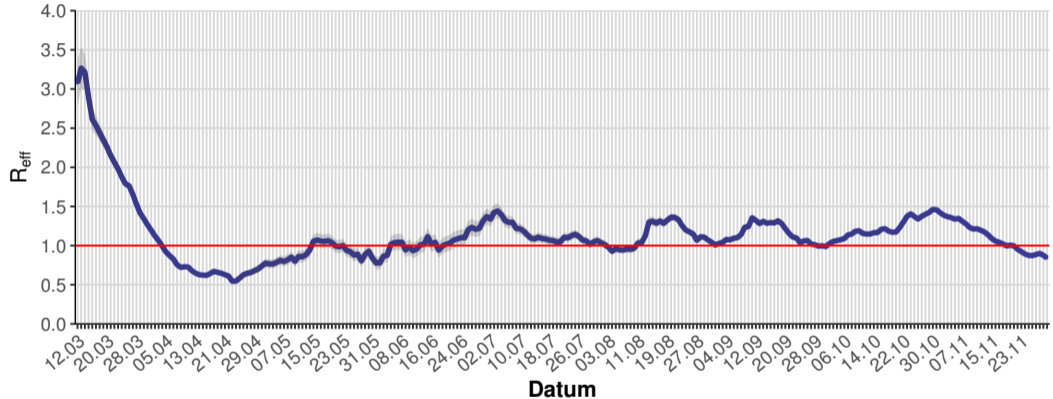


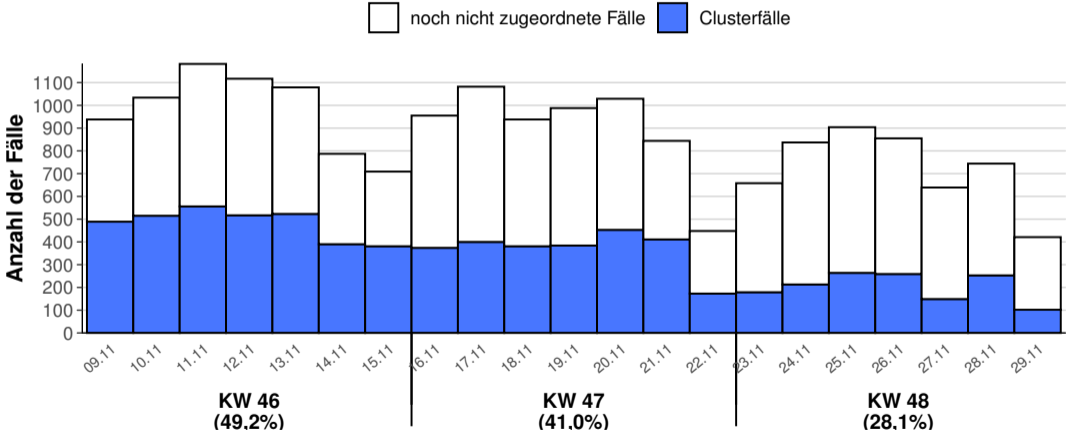
Abbildung 5: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten).

Österreich: Epidemiologische Parameter III

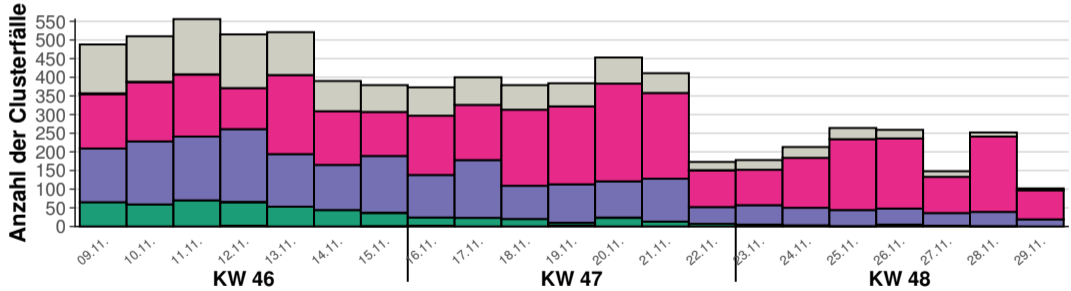
Tabelle 4: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	1,00	(0,99 – 1,00)
22.11	0,95	(0,95 – 0,96)
23.11	0,92	(0,92 – 0,93)
24.11	0,89	(0,89 – 0,90)
25.11	0,87	(0,87 – 0,88)
26.11	0,87	(0,87 – 0,88)
27.11	0,89	(0,88 – 0,89)
28.11	0,90	(0,89 – 0,91)
29.11	0,88	(0,87 – 0,88)
30.11	0,84	(0,83 – 0,85)

Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

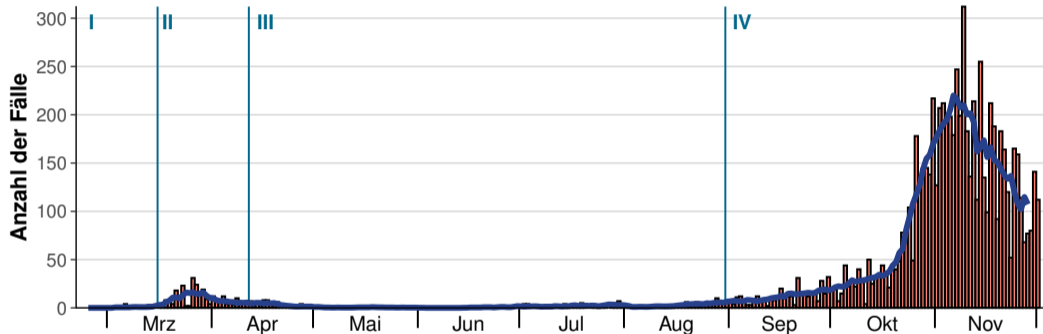


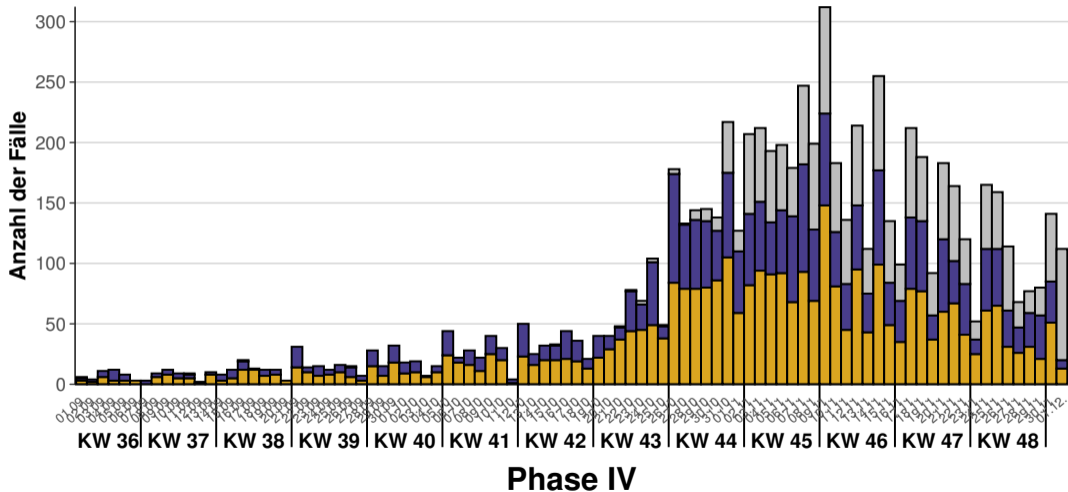
Abbildung 6: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Burgenland: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

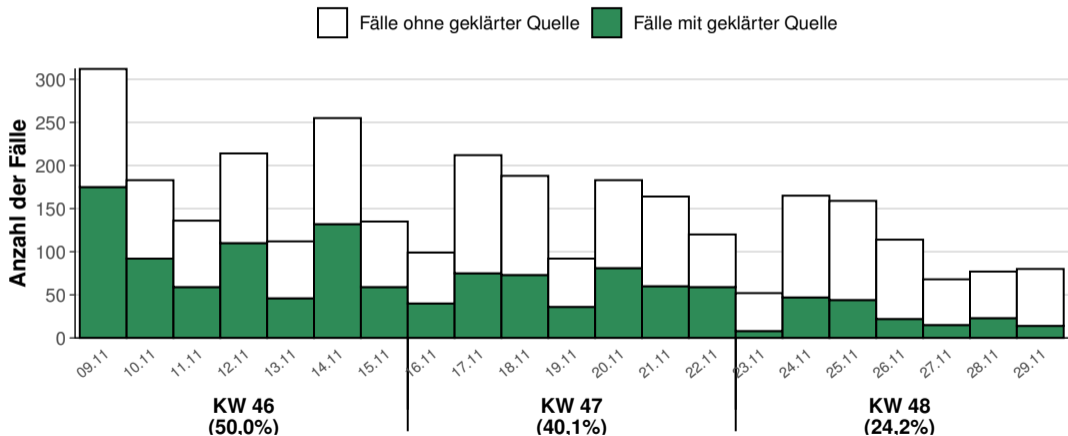
	43	44	45	46	47	48
Fälle Burgenland (N)	428	1.082	1.435	1.347	1.058	715
Fälle ungeklärt (n)	141	391	742	674	634	542
Indexfälle ³ (n)	84	178	255	201	126	19
Anteil geklärt	67,1%	63,9%	48,3%	50,0%	40,1%	24,2%
Fälle geklärt (n)	287	691	693	673	424	173
Clusterfälle (n)	357	849	918	838	509	169
sporadisch importierte Fälle (n)	3	9	7	2	3	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	267	667	658	634	382	150
Haushalt	42,7%	46,3%	52,1%	55,2%	66,5%	59,3%
Freizeit	31,8%	26,7%	25,8%	23,8%	17,5%	10,0%
Gesundheit-Sozial	1,5%	10,5%	12,2%	11,7%	8,6%	26,0%
Arbeit	11,6%	9,6%	7,6%	5,2%	4,5%	1,3%
Hotel-Gastro	3,4%	0,9%	0,9%	0,0%	0,3%	0,0%
Bildung	7,5%	4,9%	0,8%	3,8%	2,1%	2,7%
Transport	1,1%	0,4%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%
Reise	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Haushalt (n)	114	309	343	350	254	89
Bildung (n)	20	33	5	24	8	4
Gesundheit-Sozial (n)	4	70	80	74	33	39
Reise (n)	0	4	0	0	0	0

Burgenland: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

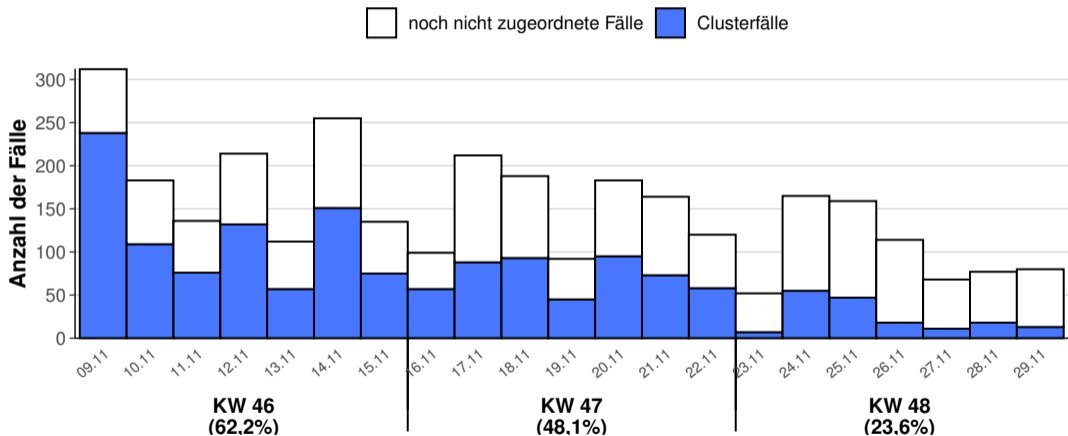
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Burgenland: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Epidemiologische Parameter I

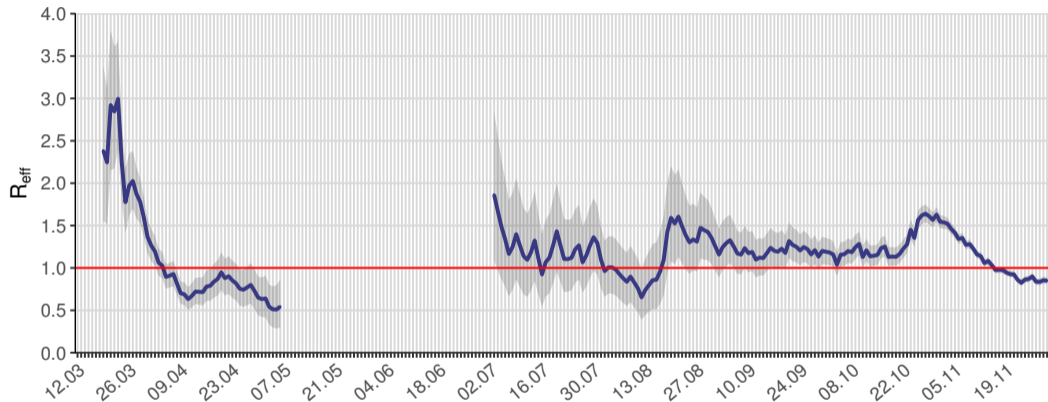


Abbildung 7: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Burgenland)

Burgenland: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 5: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Burgenland)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	0,92	(0,89 - 0,96)
22.11	0,86	(0,82 - 0,90)
23.11	0,82	(0,79 - 0,86)
24.11	0,86	(0,83 - 0,90)
25.11	0,87	(0,83 - 0,91)
26.11	0,90	(0,86 - 0,94)
27.11	0,84	(0,80 - 0,88)
28.11	0,83	(0,80 - 0,87)
29.11	0,86	(0,81 - 0,90)
30.11	0,85	(0,81 - 0,89)

Burgenland: Altersverteilung I

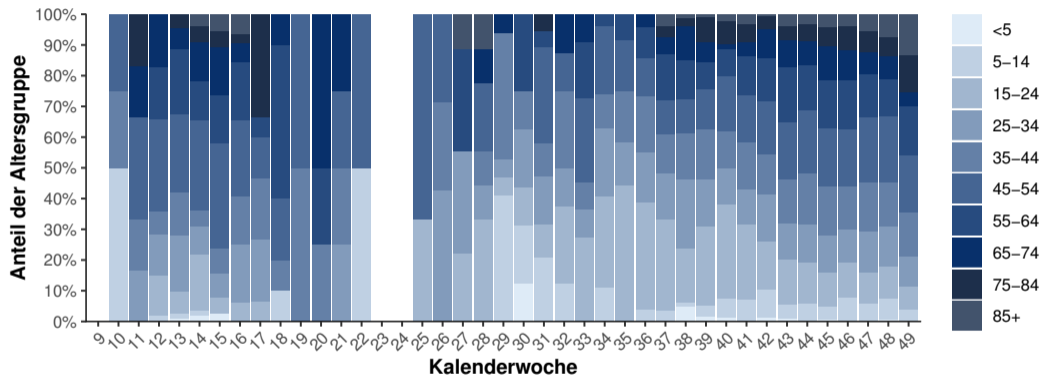


Abbildung 8: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Burgenland: Altersverteilung II

Tabelle 6: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

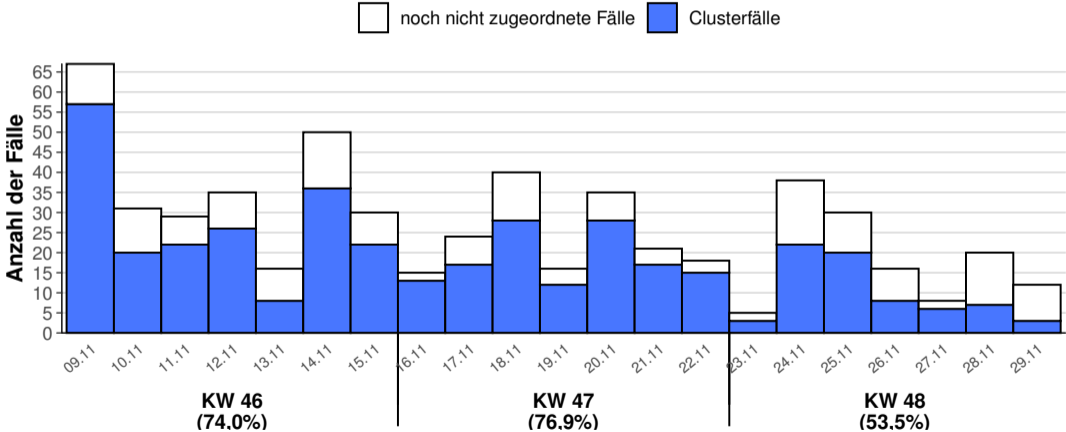
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	190	15	40.7	72.0
42	241	14	40.9	67.0
43	428	17	45.4	71.3
44	1.082	18	45.1	71.9
45	1.435	20	47.5	75.6
46	1.347	18	46.9	76.0
47	1.058	20	47.0	78.3
48	715	18	46.8	80.6

Burgenland: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

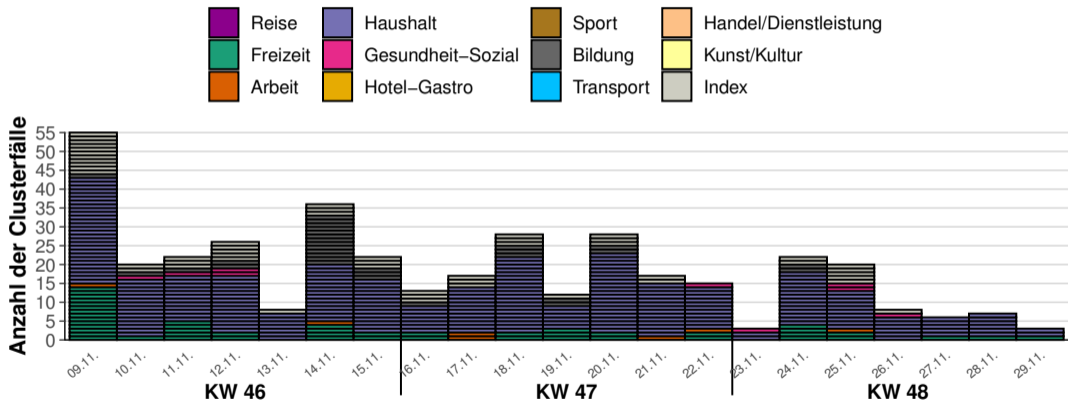
Tabelle 7: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	1	12,5	6	75,0	1	12,5	8	1	16,7	5	83,3	0	0,0	6
6-9	3	23,1	8	61,5	2	15,4	13	4	23,5	12	70,6	1	5,9	17
10-14	3	7,1	30	71,4	9	21,4	42	13	43,3	12	40,0	5	16,7	30
15-19	17	43,6	10	25,6	12	30,8	39	14	41,2	8	23,5	12	35,3	34
20-24	21	31,3	17	25,4	29	43,3	67	14	33,3	10	23,8	18	42,9	42
Total	45	26,6	71	42,0	53	31,4	169	46	35,7	47	36,4	36	27,9	129

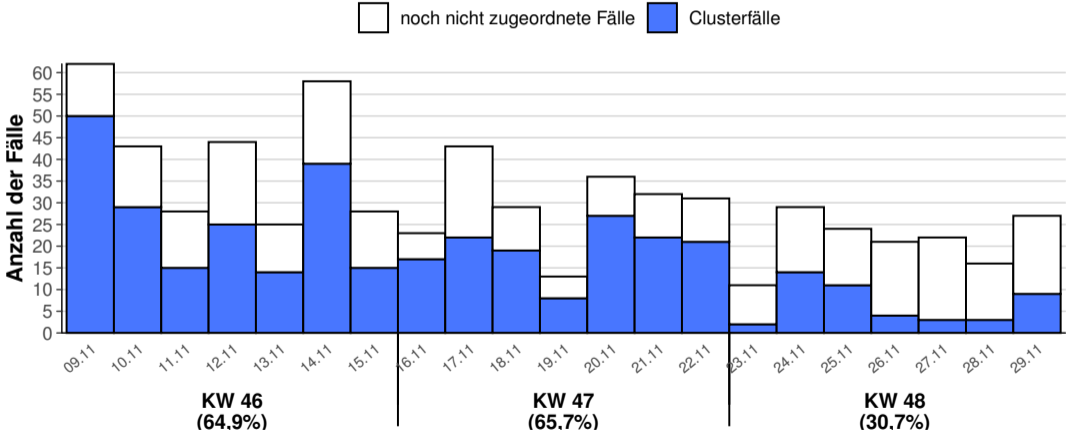
Burgenland: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



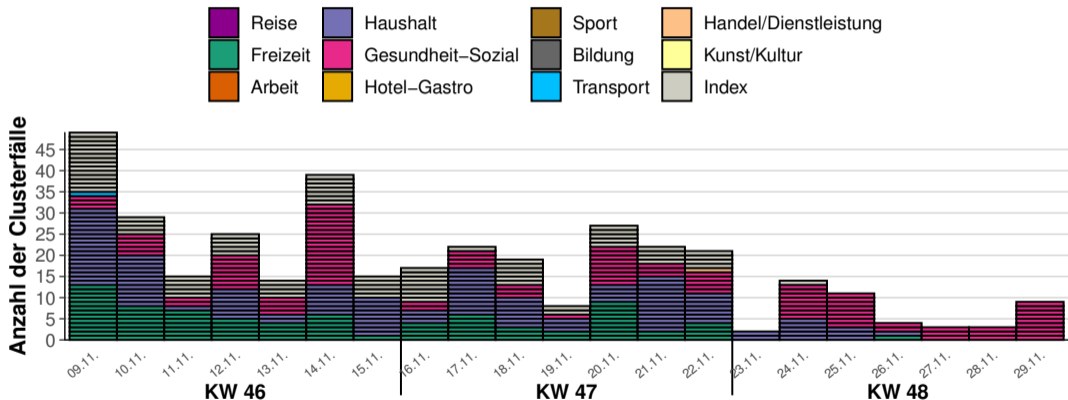
Burgenland: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Burgenland: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

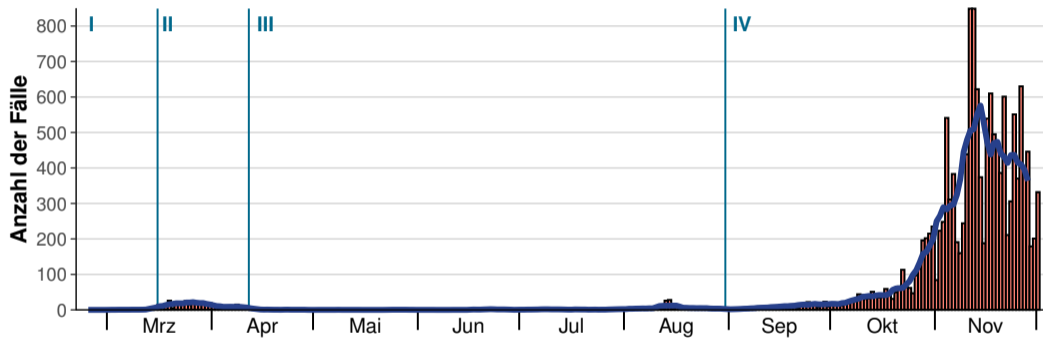


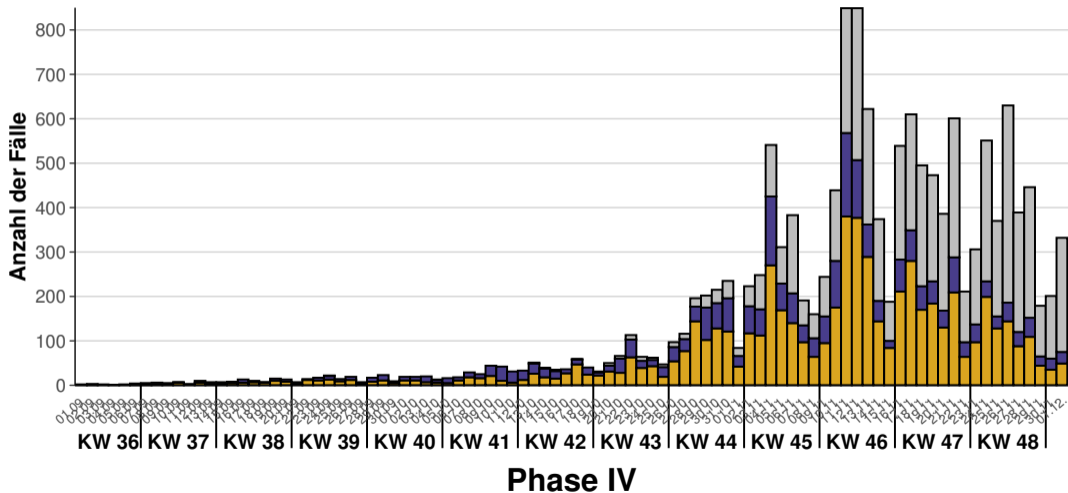
Abbildung 9: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Kärnten: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

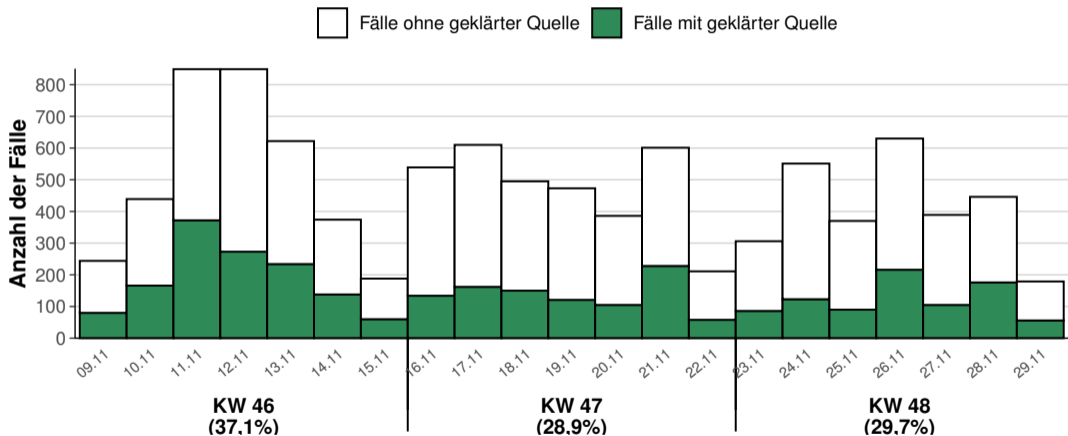
	43	44	45	46	47	48
Fälle Kärnten (N)	433	1.145	2.057	3.565	3.315	2.871
Fälle ungeklärt (n)	198	557	1.247	2.242	2.357	2.019
Indexfälle ³ (n)	90	245	419	603	561	309
Anteil geklärt	54,3%	51,4%	39,4%	37,1%	28,9%	29,7%
Fälle geklärt (n)	235	588	810	1.323	958	852
Clusterfälle (n)	308	812	1.200	1.890	1.494	1.152
sporadisch importierte Fälle (n)	7	6	6	3	0	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	219	564	779	1.289	933	841
Haushalt	40,6%	50,0%	69,7%	71,1%	85,2%	65,2%
Freizeit	21,0%	30,0%	22,2%	10,2%	0,3%	0,0%
Gesundheit-Sozial	22,8%	14,4%	4,0%	18,0%	14,5%	34,8%
Arbeit	1,4%	0,4%	1,8%	0,2%	0,0%	0,0%
Hotel-Gastro	5,0%	0,4%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Bildung	1,8%	4,3%	0,5%	0,3%	0,0%	0,0%
Transport	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	0,0%	0,2%	1,2%	0,1%	0,0%	0,0%
Haushalt (n)	89	282	543	916	795	548
Bildung (n)	4	24	4	4	0	0
Gesundheit-Sozial (n)	50	81	31	232	135	293
Reise (n)	0	1	9	1	0	0

Kärnten: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

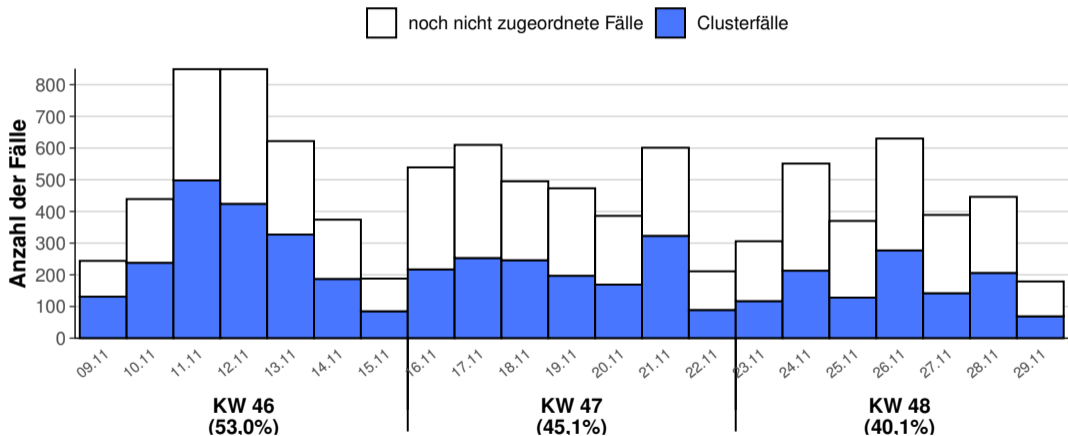
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Kärnten: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Epidemiologische Parameter I

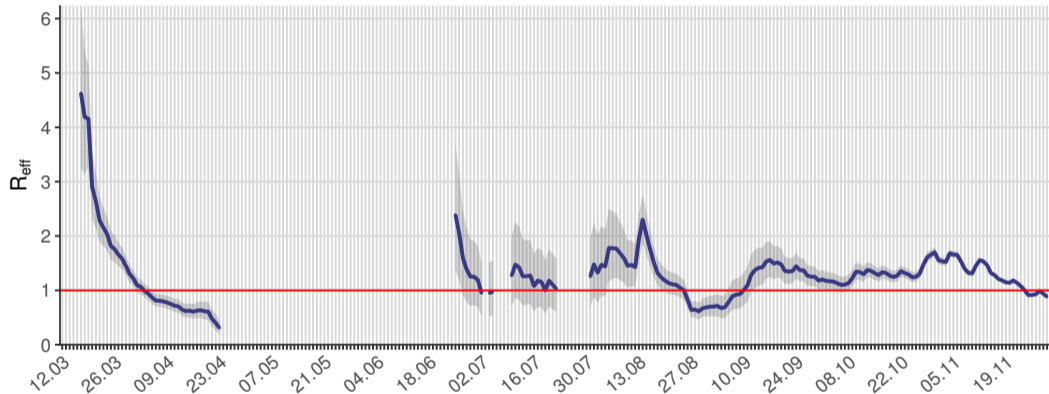


Abbildung 10: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Kärnten)

Kärnten: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 8: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Kärnten)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	1,18	(1,15 - 1,21)
22.11	1,14	(1,11 - 1,16)
23.11	1,08	(1,05 - 1,10)
24.11	1,00	(0,98 - 1,03)
25.11	0,91	(0,89 - 0,94)
26.11	0,91	(0,89 - 0,94)
27.11	0,93	(0,91 - 0,95)
28.11	0,99	(0,96 - 1,01)
29.11	0,94	(0,91 - 0,96)
30.11	0,88	(0,86 - 0,90)

Kärnten: Altersverteilung I

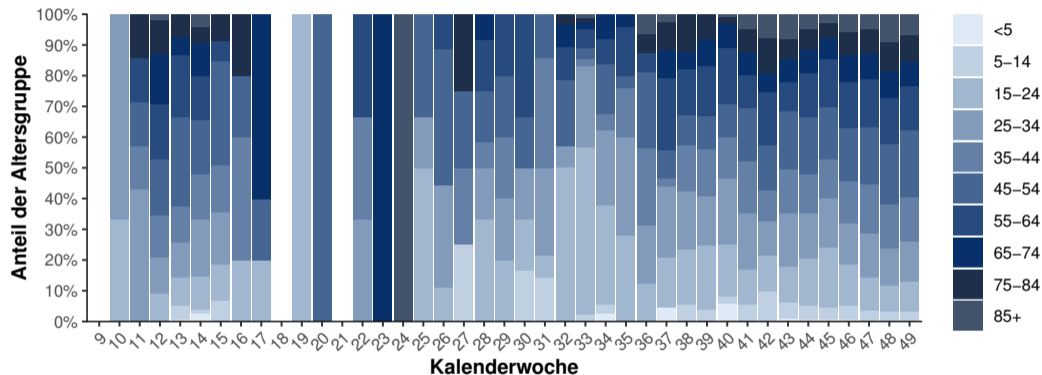


Abbildung 11: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Kärnten: Altersverteilung II

Tabelle 9: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

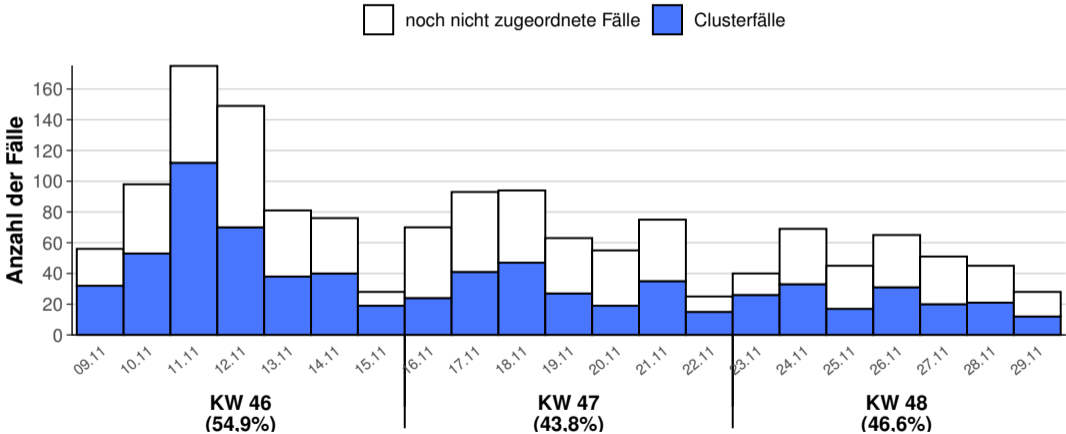
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	205	19	45.1	76.6
42	293	15	48.2	82.8
43	433	19	46.4	81.8
44	1.145	19	45.4	76.6
45	2.057	18	42.7	70.0
46	3.565	19	47.2	79.0
47	3.315	21	47.9	78.0
48	2.871	23	51.6	83.0

Kärnten: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

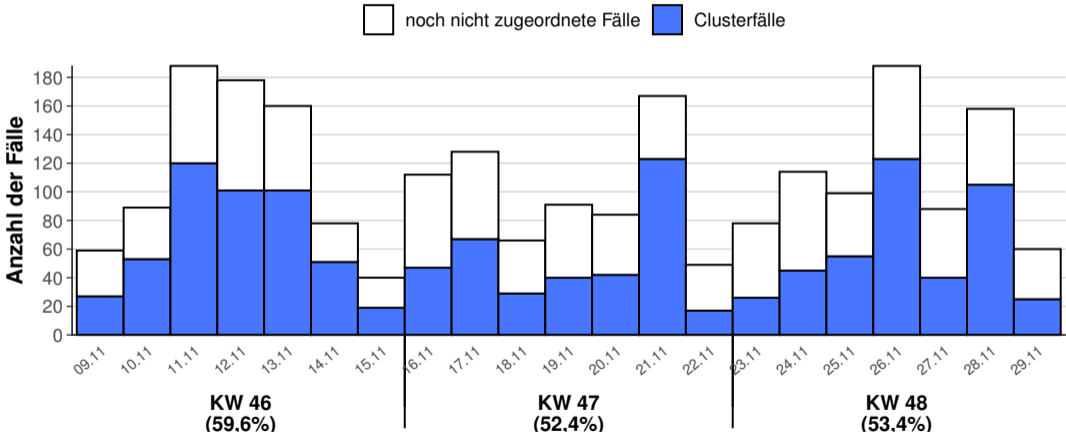
Tabelle 10: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Total
<6	5	35,7	2	14,3	7	50,0	14	2	13,3	3	20,0	10	66,7	15
6-9	6	22,2	11	40,7	10	37,0	27	2	9,5	7	33,3	12	57,1	21
10-14	26	32,9	32	40,5	21	26,6	79	16	26,7	8	13,3	36	60,0	60
15-19	58	38,9	21	14,1	70	47,0	149	25	26,0	13	13,5	58	60,4	96
20-24	78	37,9	22	10,7	106	51,5	206	44	29,1	13	8,6	94	62,3	151
Total	173	36,4	88	18,5	214	45,1	475	89	25,9	44	12,8	210	61,2	343

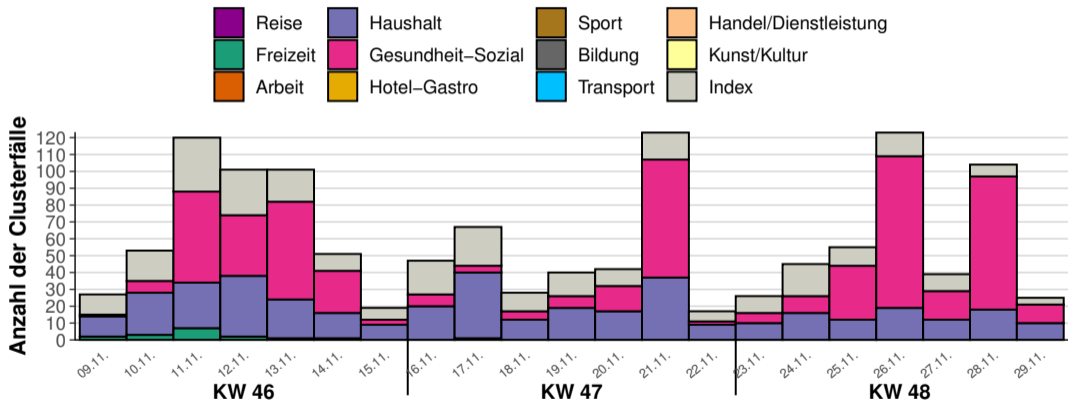
Kärnten: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

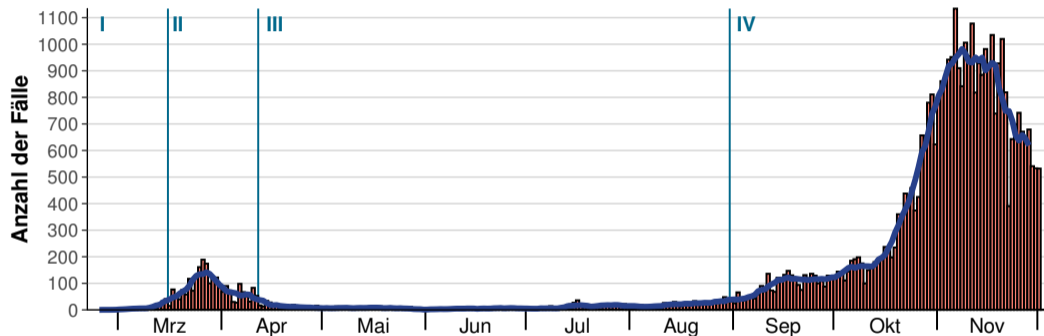


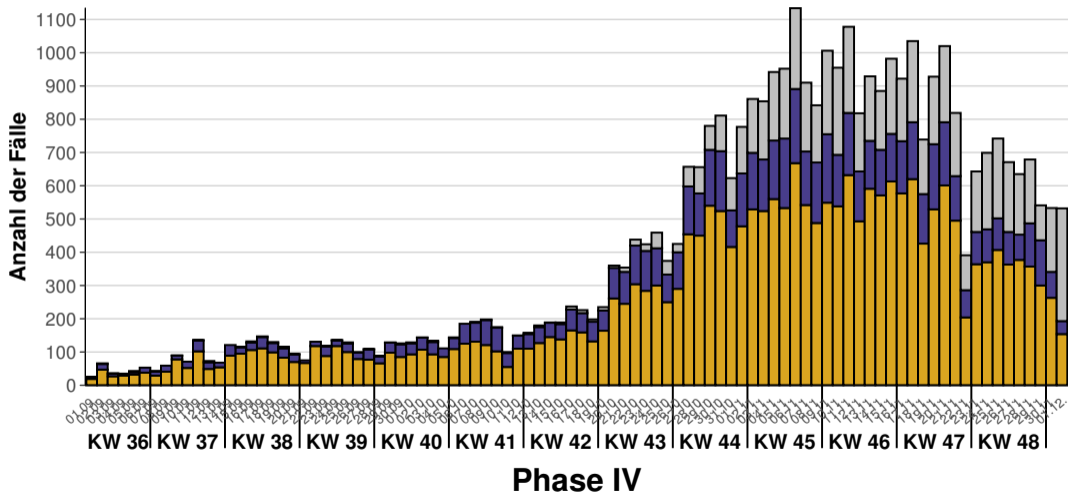
Abbildung 12: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Niederösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

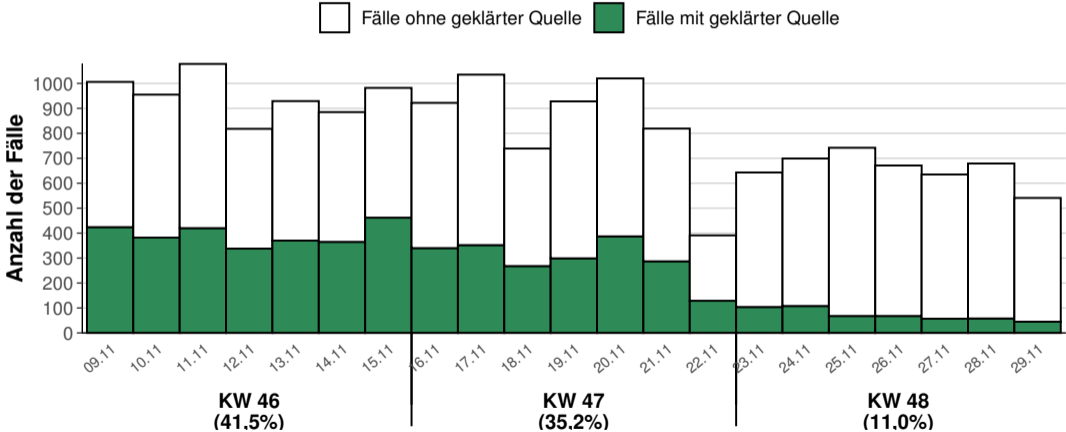
	43	44	45	46	47	48
Fälle Niederösterreich (N)	2.644	4.729	6.495	6.653	5.854	4.610
Fälle ungeklärt (n)	1.056	2.513	3.995	3.892	3.792	4.102
Indexfälle ³ (n)	378	583	838	753	323	25
Anteil geklärt	60,1%	46,9%	38,5%	41,5%	35,2%	11,0%
Fälle geklärt (n)	1.588	2.216	2.500	2.761	2.062	508
Clusterfälle (n)	1.841	2.658	3.177	3.370	2.248	432
sporadisch importierte Fälle (n)	27	16	10	5	2	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.474	2.082	2.341	2.613	1.926	407
Haushalt	44,6%	46,2%	55,4%	58,7%	63,1%	60,9%
Freizeit	18,1%	22,2%	26,0%	20,4%	10,1%	5,4%
Gesundheit-Sozial	13,3%	11,2%	7,5%	9,3%	13,5%	27,8%
Arbeit	10,7%	7,4%	5,9%	7,0%	6,8%	3,9%
Hotel-Gastro	1,7%	2,8%	1,9%	0,2%	0,1%	0,0%
Bildung	9,2%	6,5%	1,2%	2,9%	5,3%	1,2%
Transport	0,3%	1,2%	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%
Reise	1,5%	1,5%	1,3%	0,5%	0,5%	0,5%
Haushalt (n)	658	962	1.297	1.535	1.216	248
Bildung (n)	136	135	28	75	103	5
Gesundheit-Sozial (n)	196	234	176	244	260	113
Reise (n)	22	31	30	12	9	2

Niederösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

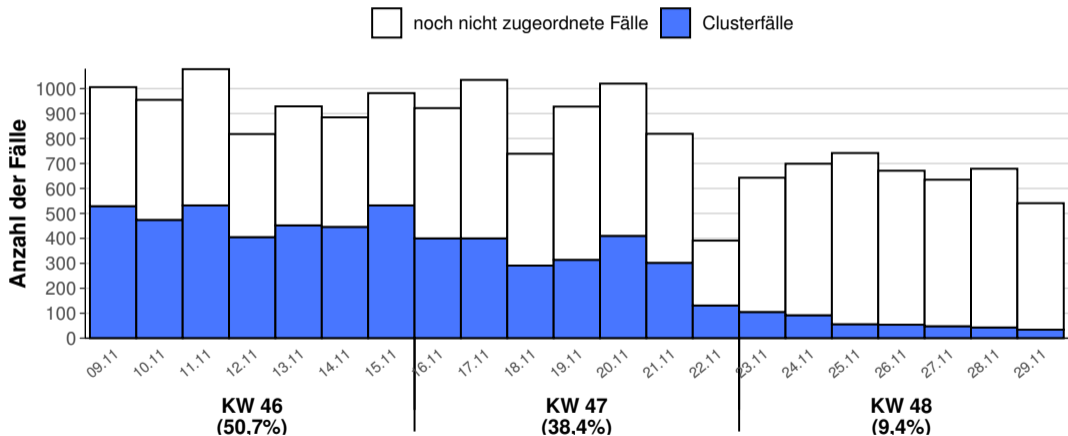
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



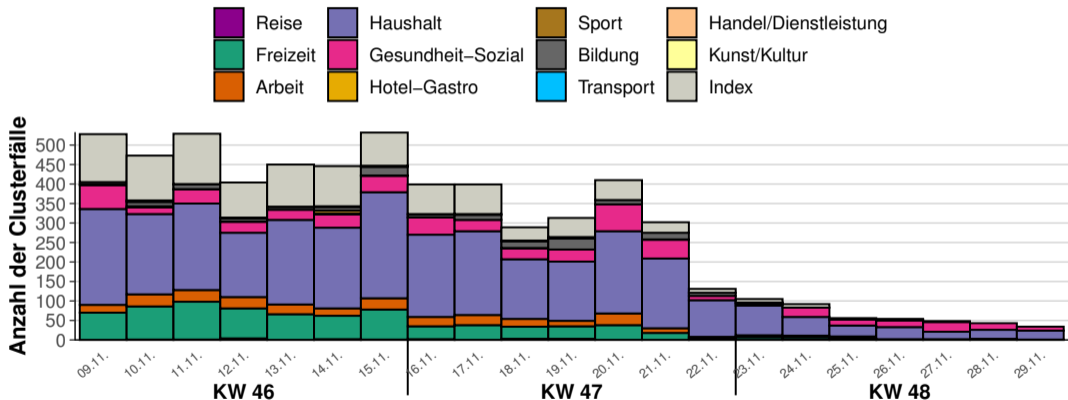
Niederösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Epidemiologische Parameter I

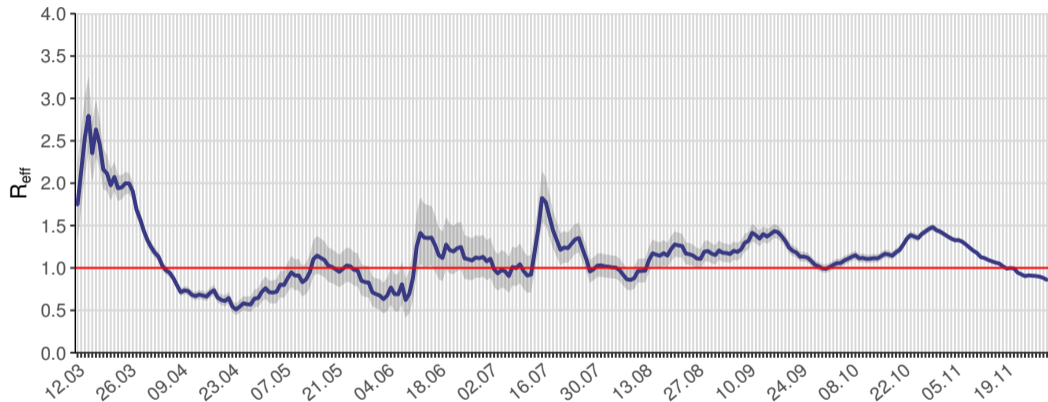


Abbildung 13: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Niederösterreich)

Niederösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 11: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Niederösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	1,00	(0,98 - 1,01)
22.11	0,95	(0,93 - 0,96)
23.11	0,92	(0,91 - 0,94)
24.11	0,90	(0,89 - 0,92)
25.11	0,91	(0,89 - 0,93)
26.11	0,91	(0,89 - 0,93)
27.11	0,90	(0,89 - 0,92)
28.11	0,90	(0,88 - 0,91)
29.11	0,88	(0,86 - 0,90)
30.11	0,86	(0,84 - 0,87)

Niederösterreich: Altersverteilung I

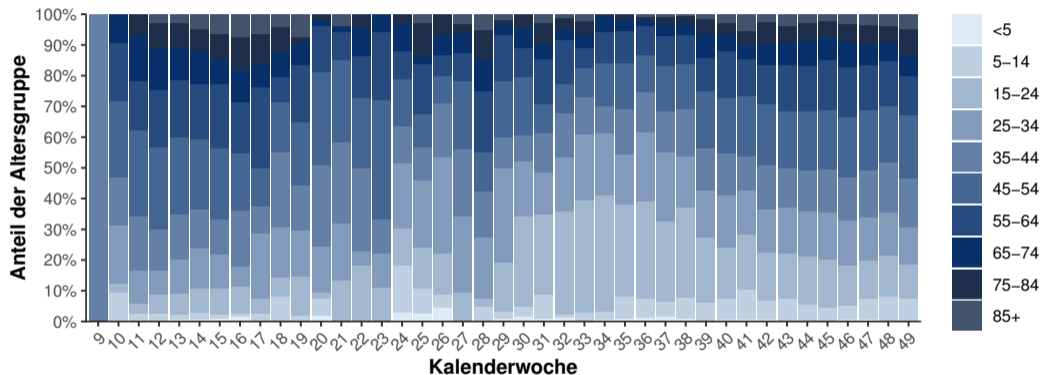


Abbildung 14: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Niederösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 12: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

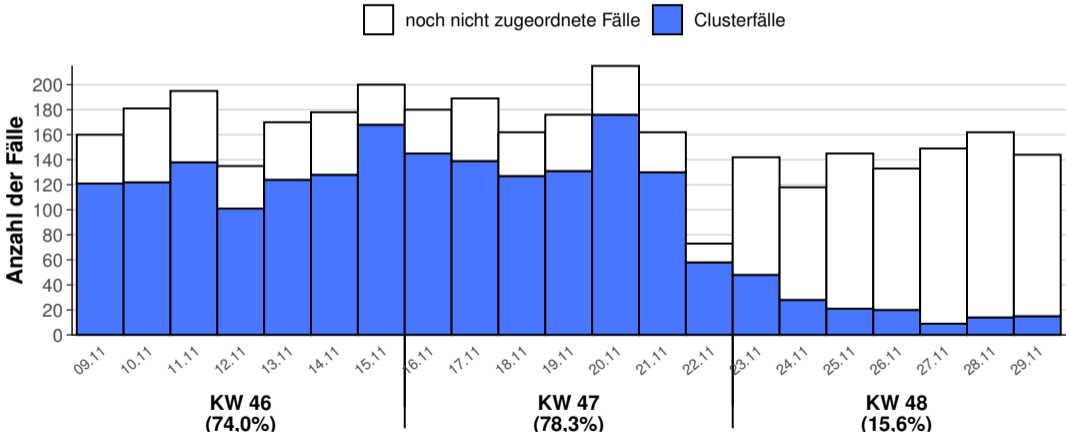
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	1.143	14	41.4	74
42	1.377	17	43.6	74
43	2.644	16	44.0	73
44	4.729	17	44.3	72
45	6.495	18	43.9	71
46	6.653	19	45.4	73
47	5.854	17	44.5	73
48	4.610	16	43.6	73

Niederösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

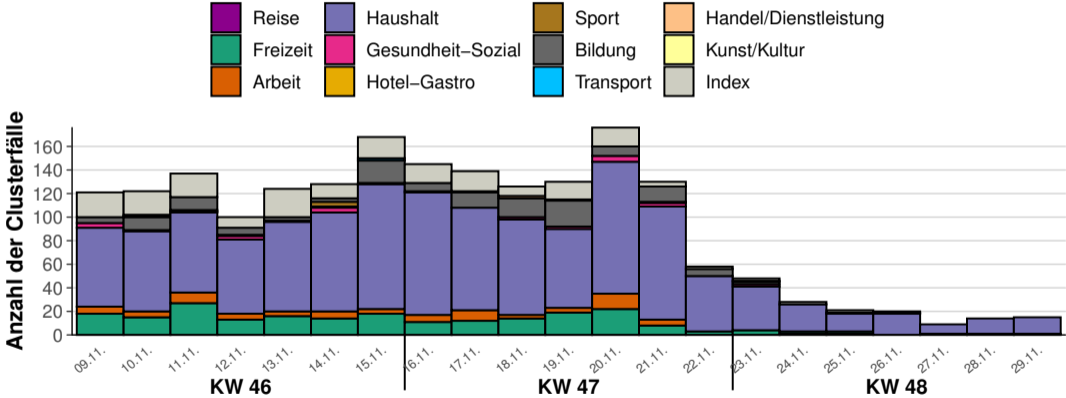
Tabelle 13: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<6	21	43,8	23	47,9	4	8,3	48	18	50,0	9	25,0	9	25,0	36
6-9	46	41,1	58	51,8	8	7,1	112	38	40,0	35	36,8	22	23,2	95
10-14	136	48,9	123	44,2	19	6,8	278	116	48,5	74	31,0	49	20,5	239
15-19	206	63,0	88	26,9	33	10,1	327	156	52,9	63	21,4	76	25,8	295
20-24	282	71,9	71	18,1	39	9,9	392	191	58,2	41	12,5	96	29,3	328
Total	691	59,7	363	31,4	103	8,9	1157	519	52,3	222	22,4	252	25,4	993

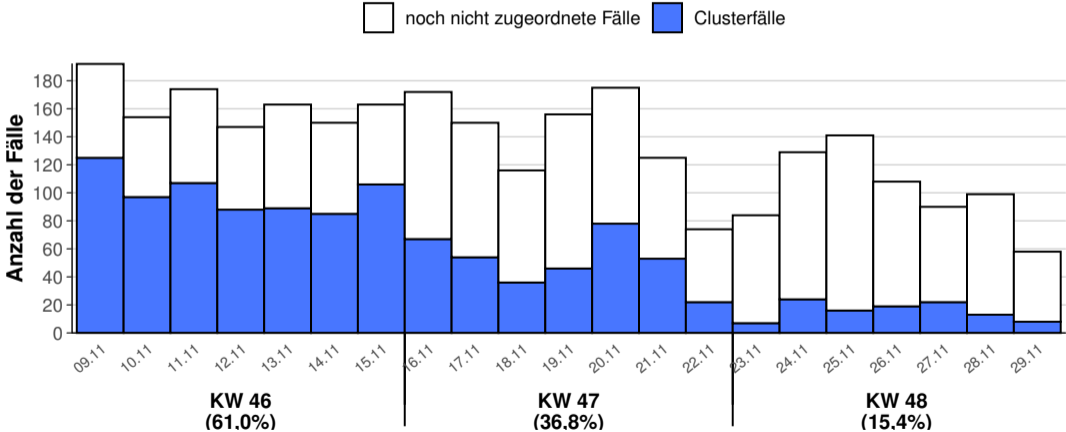
Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



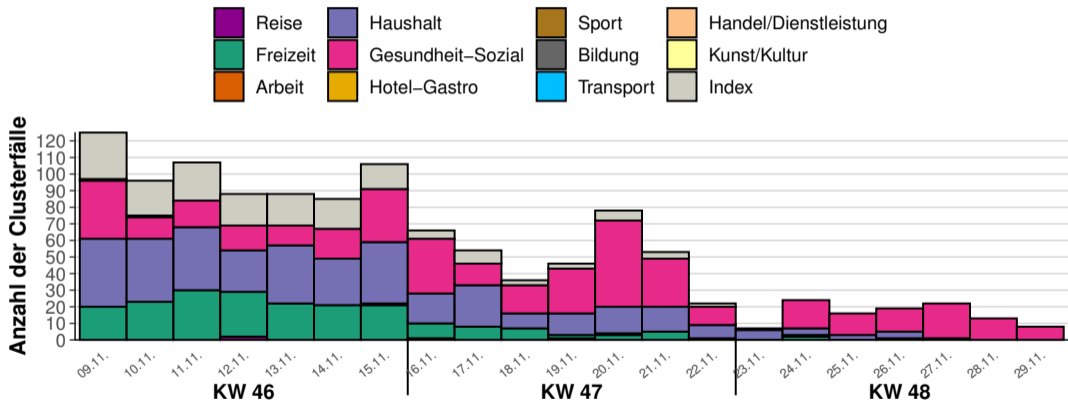
Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

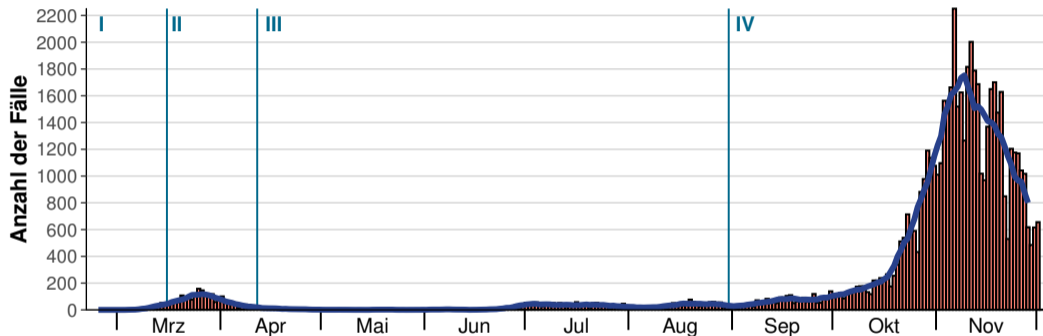


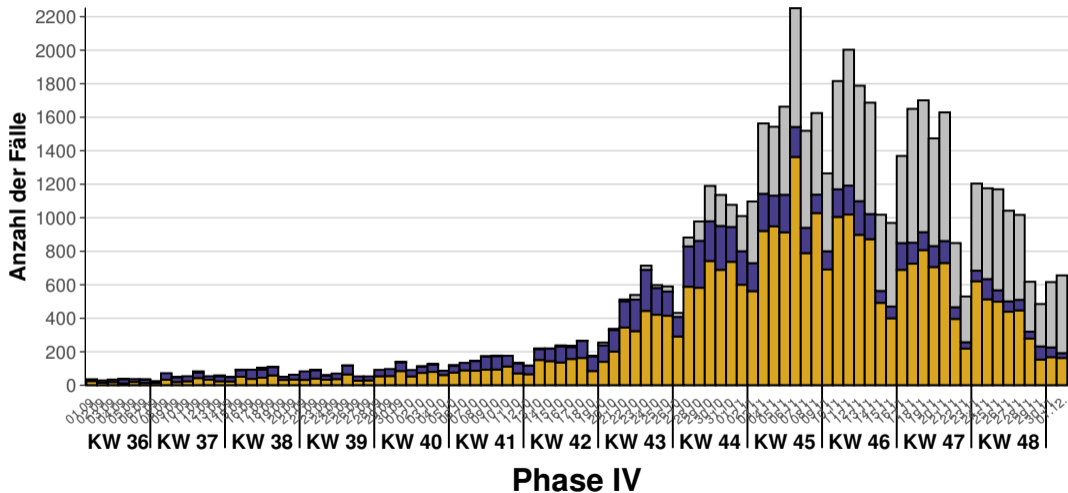
Abbildung 15: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Oberösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

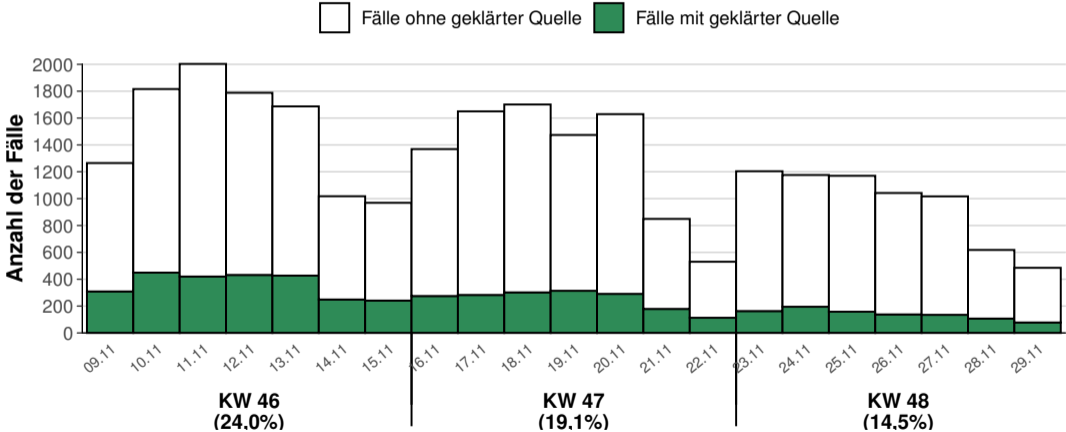
	43	44	45	46	47	48
Fälle Oberösterreich (N)	3.545	6.705	11.261	10.546	9.202	6.712
Fälle ungeklärt (n)	1.901	4.158	8.592	8.019	7.445	5.738
Indexfälle ³ (n)	527	908	1.388	1.069	734	275
Anteil geklärt	46,4%	38,0%	23,7%	24,0%	19,1%	14,5%
Fälle geklärt (n)	1.644	2.547	2.669	2.527	1.757	974
Clusterfälle (n)	2.120	3.379	3.915	3.340	2.395	1.118
sporadisch importierte Fälle (n)	17	23	7	18	4	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.583	2.462	2.549	2.268	1.657	844
Haushalt	44,0%	59,6%	73,5%	71,8%	73,0%	78,9%
Freizeit	22,7%	18,8%	12,0%	10,8%	4,2%	2,0%
Gesundheit-Sozial	17,3%	10,1%	12,0%	13,8%	20,3%	18,5%
Arbeit	5,7%	2,3%	1,5%	2,4%	1,6%	0,5%
Hotel-Gastro	1,0%	0,5%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Bildung	7,3%	7,7%	0,4%	0,9%	0,6%	0,0%
Transport	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Reise	0,9%	0,5%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%
Haushalt (n)	697	1.467	1.873	1.629	1.209	666
Bildung (n)	116	190	11	21	10	0
Gesundheit-Sozial (n)	274	249	306	313	337	156
Reise (n)	14	13	9	2	2	1

Oberösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

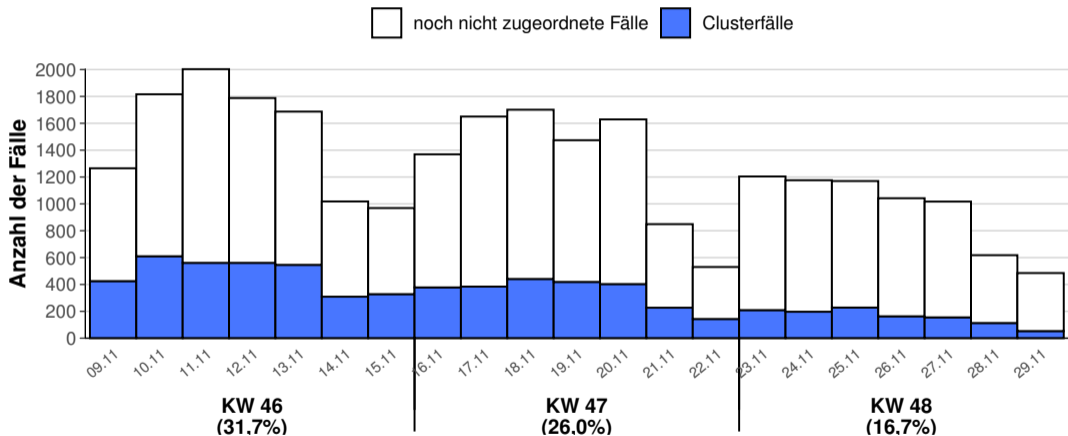
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



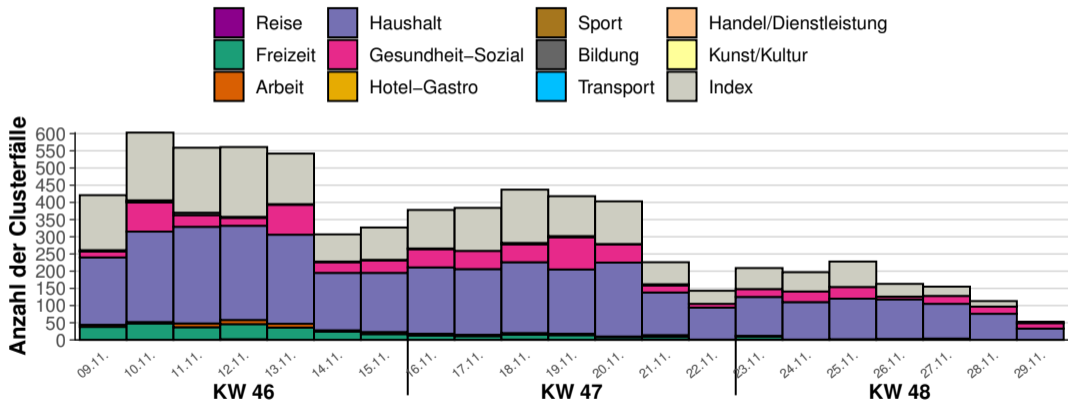
Oberösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Epidemiologische Parameter I

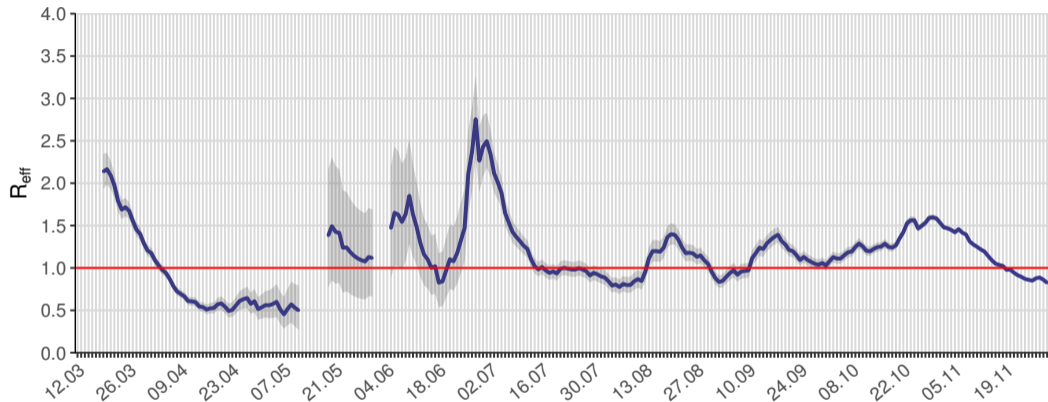


Abbildung 16: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Oberösterreich)

Oberösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 14: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Oberösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	0,94	(0,93 - 0,96)
22.11	0,91	(0,90 - 0,93)
23.11	0,90	(0,88 - 0,91)
24.11	0,87	(0,86 - 0,88)
25.11	0,86	(0,85 - 0,87)
26.11	0,85	(0,84 - 0,86)
27.11	0,88	(0,86 - 0,89)
28.11	0,89	(0,87 - 0,90)
29.11	0,86	(0,85 - 0,87)
30.11	0,82	(0,81 - 0,84)

Oberösterreich: Altersverteilung I

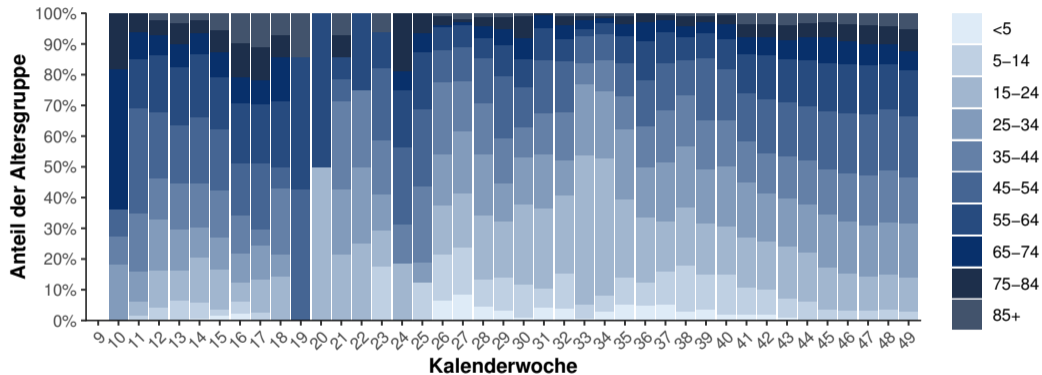


Abbildung 17: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Oberösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 15: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

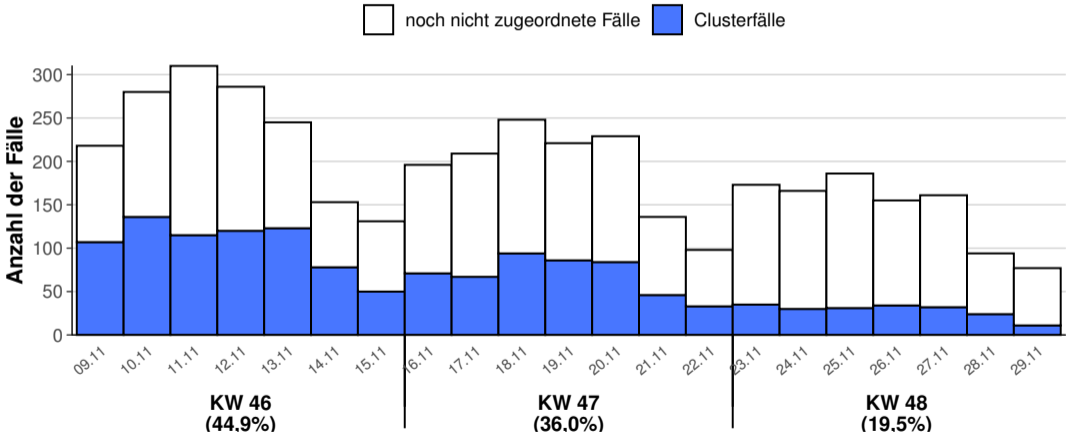
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	1.061	14	40.3	70.0
42	1.474	15	41.5	69.7
43	3.545	16	42.6	72.0
44	6.705	17	43.2	71.0
45	11.261	20	44.9	71.0
46	10.546	21	45.8	73.0
47	9.202	22	46.2	74.0
48	6.712	21	45.7	75.0

Oberösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

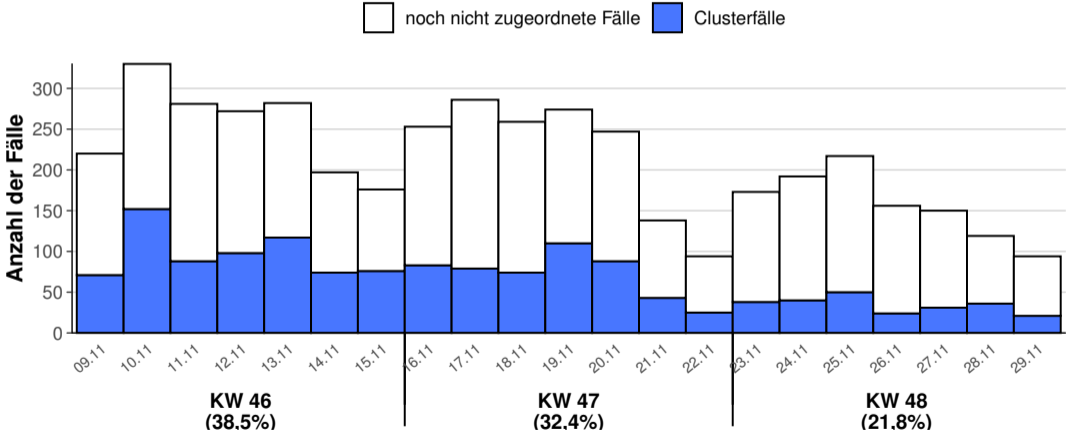
Tabelle 16: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<6	19	51,4	6	16,2	12	32,4	37	13	31,0	12	28,6	17	40,5	42
6-9	30	44,8	8	11,9	29	43,3	67	17	26,2	14	21,5	34	52,3	65
10-14	81	41,1	15	7,6	101	51,3	197	57	41,9	13	9,6	66	48,5	136
15-19	186	47,1	37	9,4	172	43,5	395	158	47,7	17	5,1	156	47,1	331
20-24	287	44,8	58	9,0	296	46,2	641	197	45,0	34	7,8	207	47,3	438
Total	603	45,1	124	9,3	610	45,6	1337	442	43,7	90	8,9	480	47,4	1012

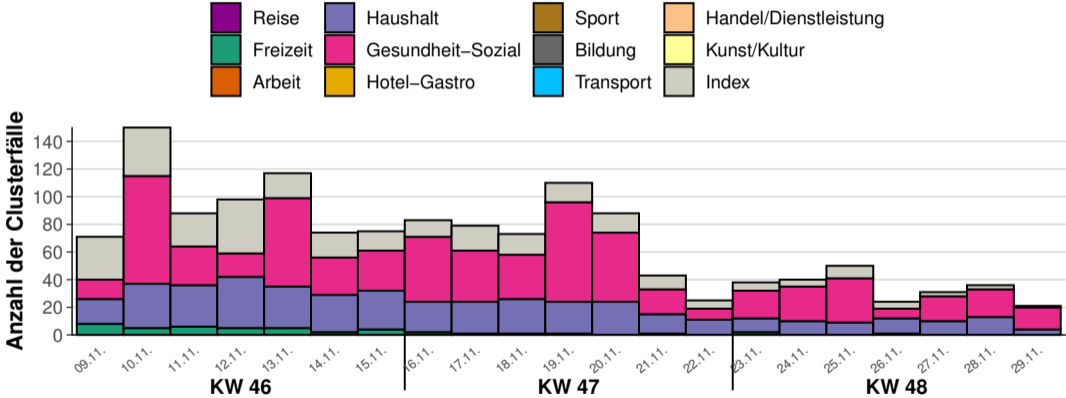
Oberösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

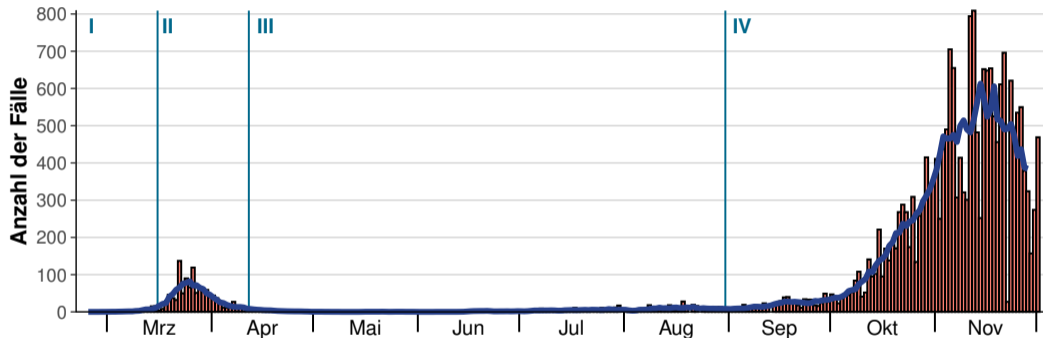


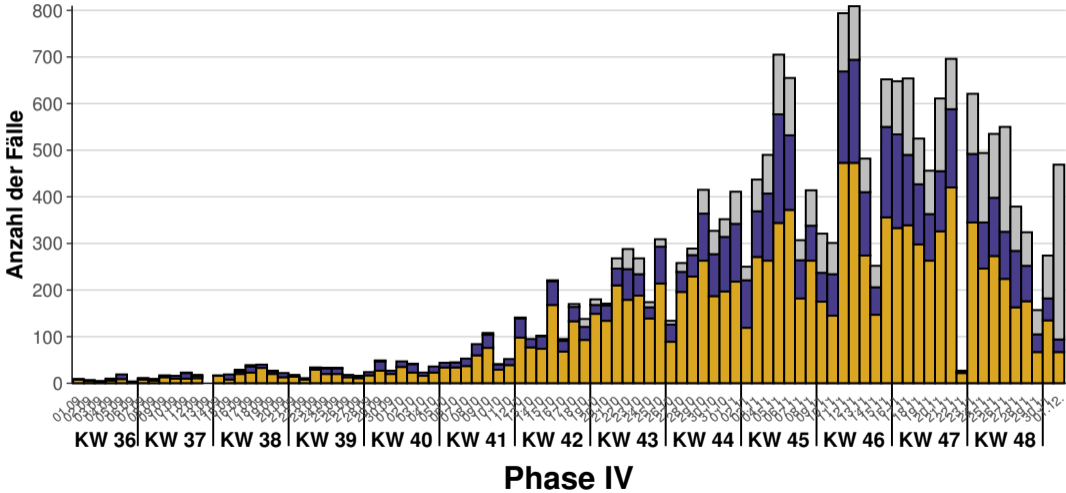
Abbildung 18: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Salzburg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

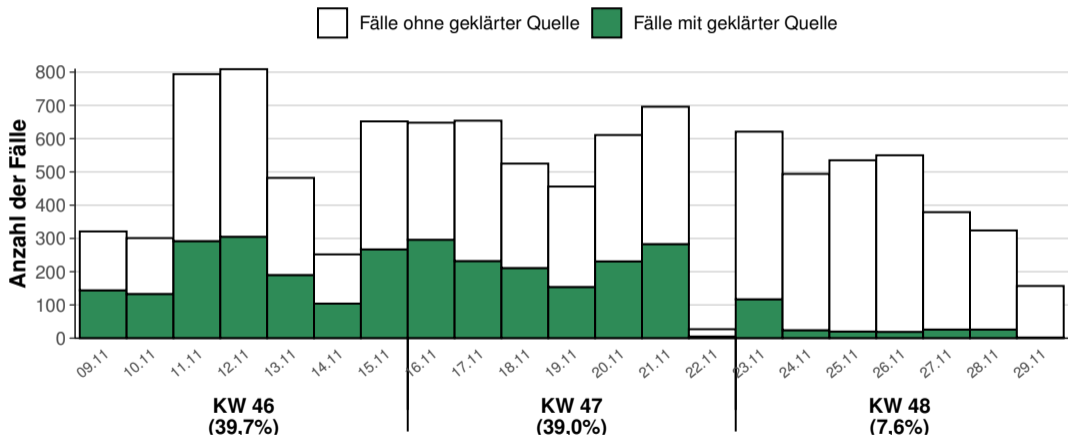
	43	44	45	46	47	48
Fälle Salzburg (N)	1.658	2.186	3.258	3.611	3.617	3.060
Fälle ungeklärt (n)	863	1.058	1.884	2.176	2.205	2.826
Indexfälle ³ (n)	322	464	695	715	566	38
Anteil geklärt	47,9%	51,6%	42,2%	39,7%	39,0%	7,6%
Fälle geklärt (n)	795	1.128	1.374	1.435	1.412	234
Clusterfälle (n)	1.083	1.560	2.024	2.103	1.940	182
sporadisch importierte Fälle (n)	24	20	34	23	17	8
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	753	1.107	1.318	1.383	1.365	144
Haushalt	55,2%	61,6%	68,0%	80,9%	84,0%	91,0%
Freizeit	21,5%	20,7%	18,5%	9,1%	5,2%	0,7%
Gesundheit-Sozial	7,3%	7,7%	7,6%	7,5%	10,1%	8,3%
Arbeit	8,0%	5,1%	3,3%	1,1%	0,4%	0,0%
Hotel-Gastro	0,5%	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	5,6%	3,3%	0,4%	1,1%	0,2%	0,0%
Transport	0,0%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%
Reise	1,3%	0,9%	0,8%	0,1%	0,1%	0,0%
Haushalt (n)	416	682	896	1.119	1.146	131
Bildung (n)	42	36	5	15	3	0
Gesundheit-Sozial (n)	55	85	100	104	138	12
Reise (n)	10	10	10	2	1	0

Salzburg: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

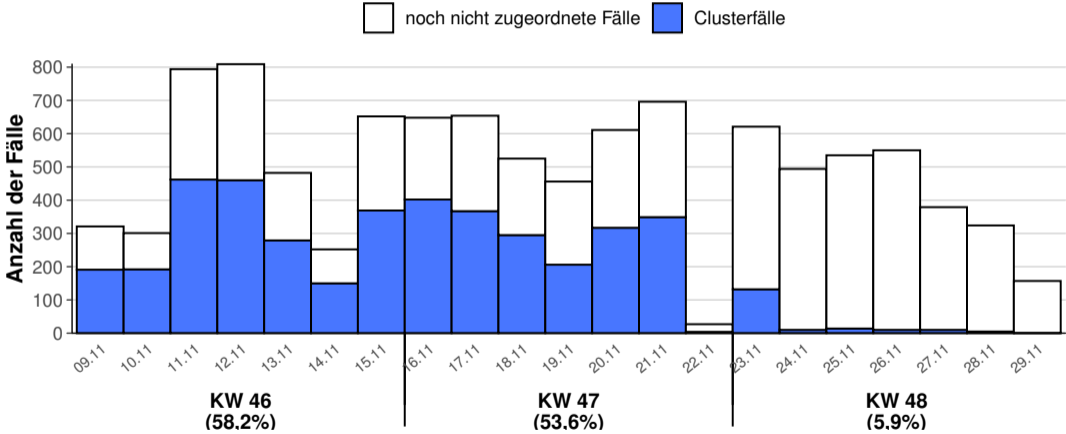
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Salzburg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Epidemiologische Parameter I

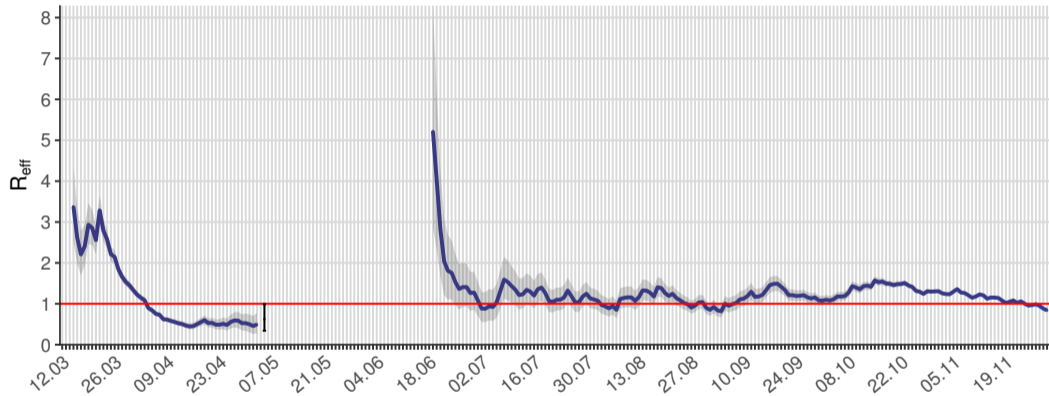


Abbildung 19: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Salzburg)

Salzburg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 17: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Salzburg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	1,08	(1,06 - 1,11)
22.11	1,02	(1,00 - 1,05)
23.11	1,06	(1,04 - 1,08)
24.11	1,00	(0,98 - 1,03)
25.11	0,96	(0,93 - 0,98)
26.11	0,97	(0,94 - 0,99)
27.11	0,99	(0,97 - 1,01)
28.11	0,95	(0,93 - 0,97)
29.11	0,88	(0,86 - 0,91)
30.11	0,84	(0,82 - 0,86)

Salzburg: Altersverteilung I

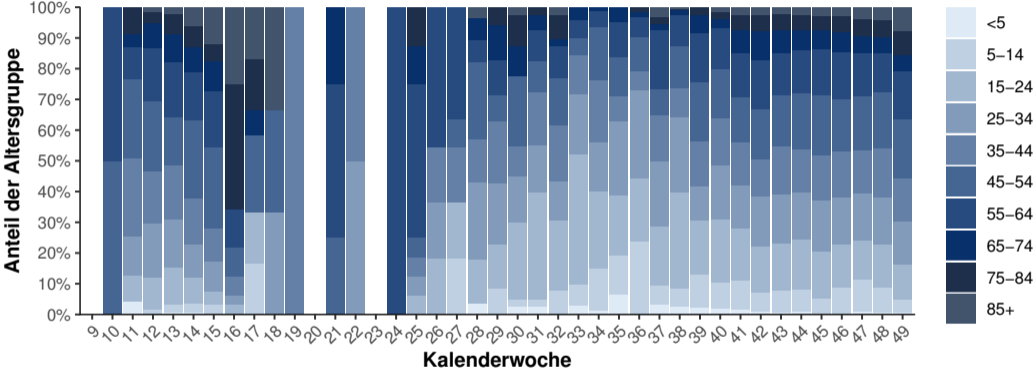


Abbildung 20: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Salzburg: Altersverteilung II

Tabelle 18: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

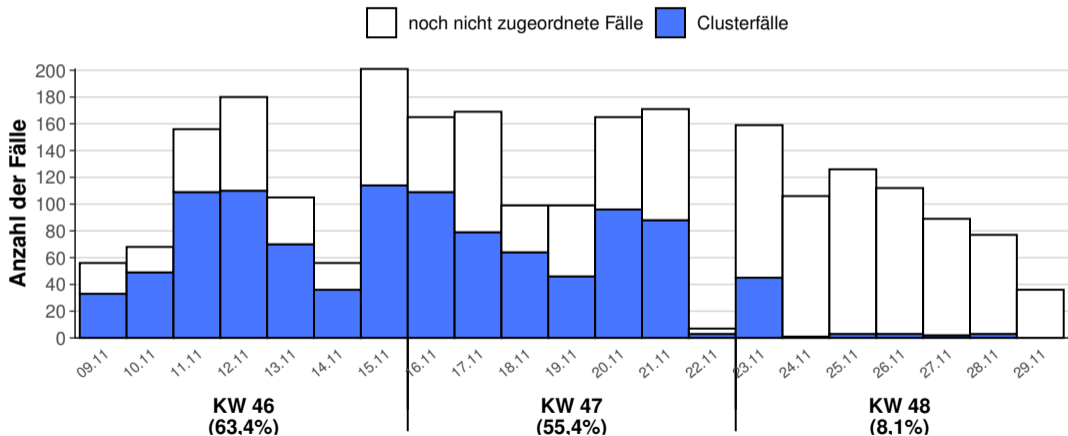
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	427	14	40.9	71.4
42	962	16	43.6	71.9
43	1.658	16	42.3	70.3
44	2.186	17	42.0	69.5
45	3.258	19	43.3	70.0
46	3.611	16	42.8	72.0
47	3.617	14	42.4	74.0
48	3.060	16	42.7	74.0

Salzburg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

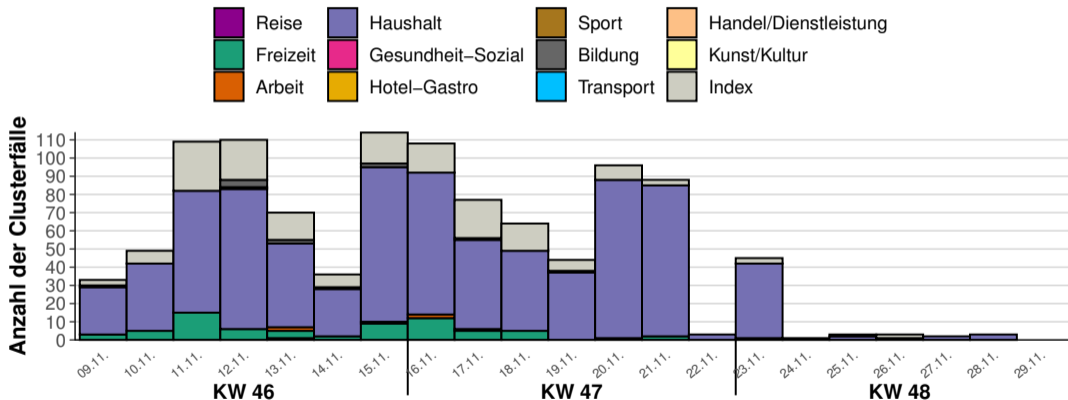
Tabelle 19: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	18	41,9	15	34,9	10	23,3	43	19	52,8	10	27,8	7	19,4	36
6-9	27	44,3	24	39,3	10	16,4	61	13	23,2	29	51,8	14	25,0	56
10-14	110	36,2	140	46,1	54	17,8	304	54	30,9	72	41,1	49	28,0	175
15-19	132	56,7	47	20,2	54	23,2	233	92	43,2	55	25,8	66	31,0	213
20-24	124	53,0	53	22,6	57	24,4	234	117	52,0	44	19,6	64	28,4	225
Total	411	47,0	279	31,9	185	21,1	875	295	41,8	210	29,8	200	28,4	705

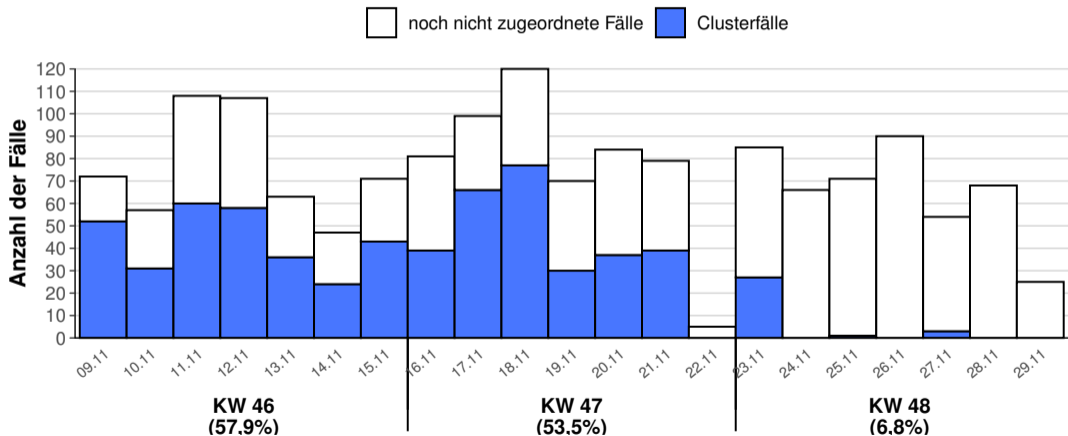
Salzburg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



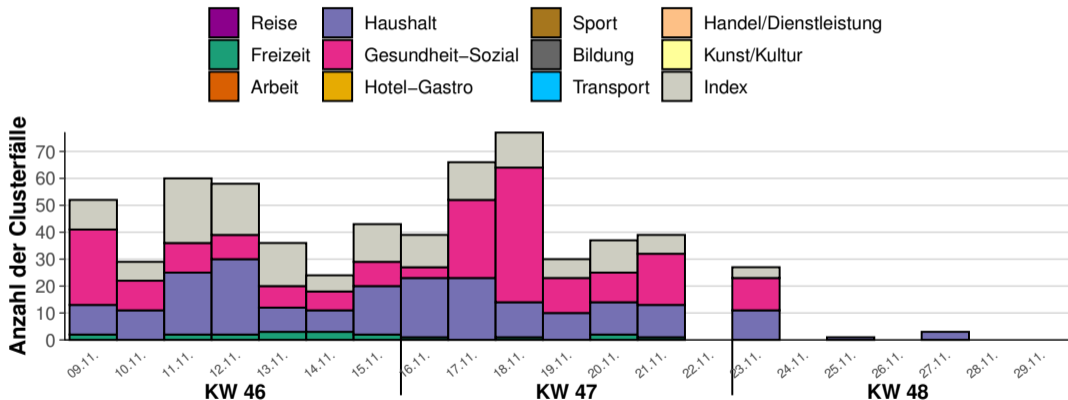
Salzburg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

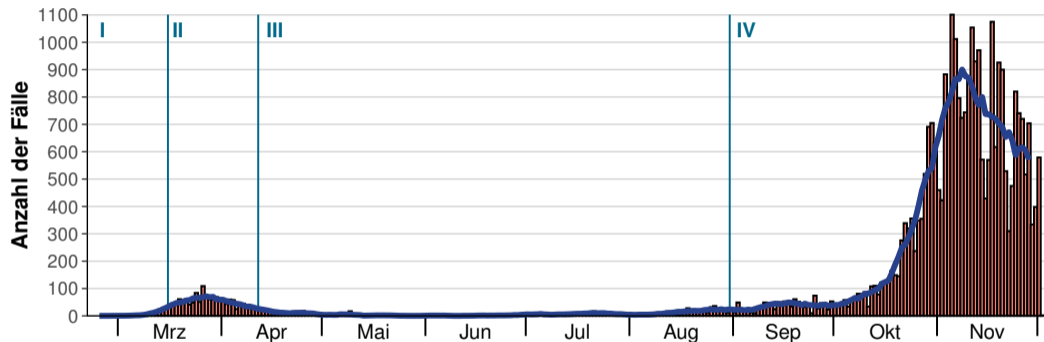


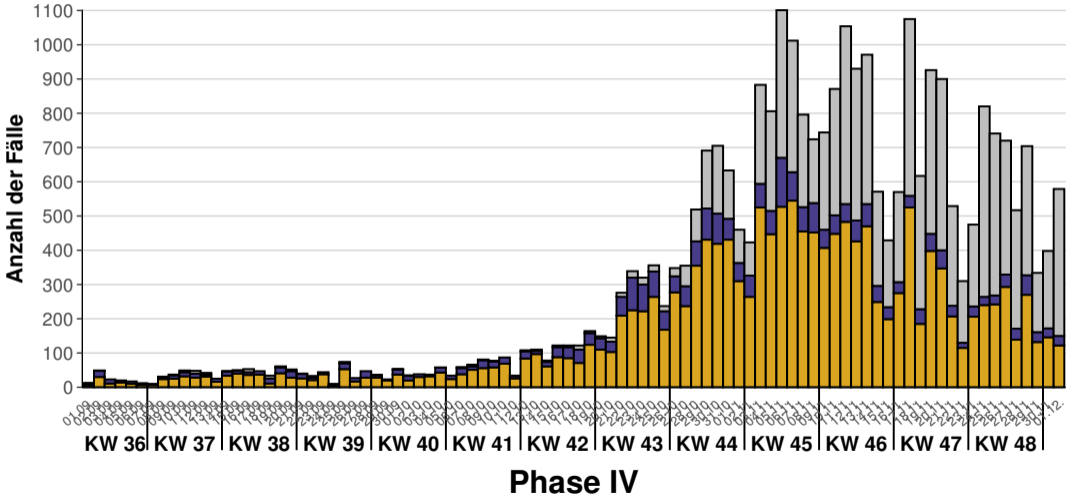
Abbildung 21: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Steiermark: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

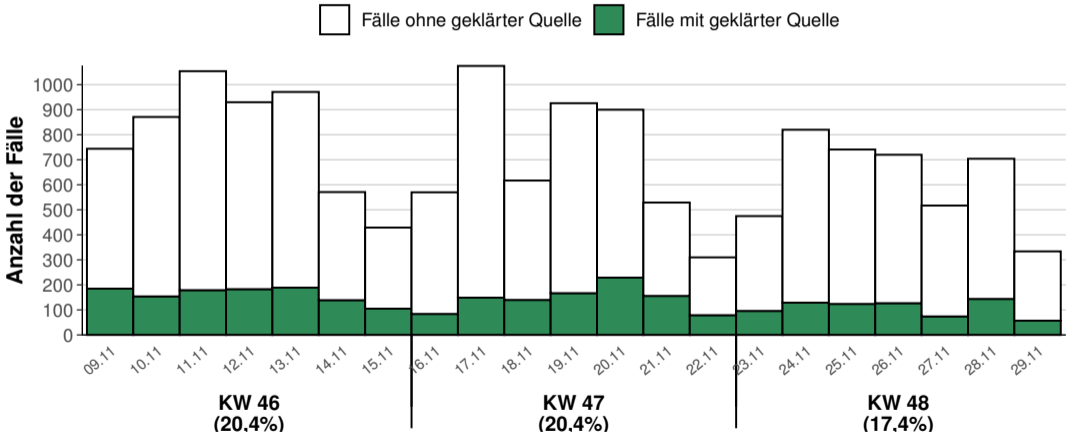
	43	44	45	46	47	48
Fälle Steiermark (N)	1.822	3.711	5.745	5.570	4.927	4.311
Fälle ungeklärt (n)	917	2.610	4.526	4.436	3.923	3.560
Indexfälle ³ (n)	291	349	465	389	246	91
Anteil geklärt	49,7%	29,7%	21,2%	20,4%	20,4%	17,4%
Fälle geklärt (n)	905	1.101	1.219	1.134	1.004	751
Clusterfälle (n)	1.155	1.388	1.637	1.484	1.219	831
sporadisch importierte Fälle (n)	15	5	1	5	3	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	864	1.039	1.167	1.092	972	740
Haushalt	38,0%	54,5%	57,2%	61,1%	49,4%	45,9%
Freizeit	16,1%	13,0%	18,0%	9,3%	6,4%	4,2%
Gesundheit-Sozial	25,9%	18,0%	21,9%	21,5%	42,1%	49,2%
Arbeit	6,9%	5,7%	1,7%	4,4%	1,4%	0,5%
Hotel-Gastro	1,0%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	6,9%	7,0%	0,9%	2,8%	0,7%	0,1%
Transport	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	3,0%	0,7%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Haushalt (n)	328	566	668	667	480	340
Bildung (n)	60	73	10	31	7	1
Gesundheit-Sozial (n)	224	187	256	235	409	364
Reise (n)	26	7	1	1	0	0

Steiermark: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

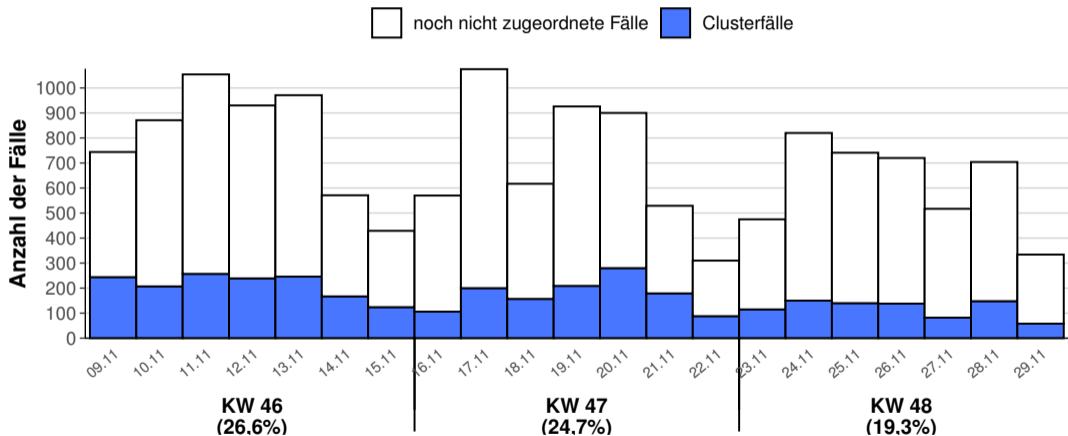
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



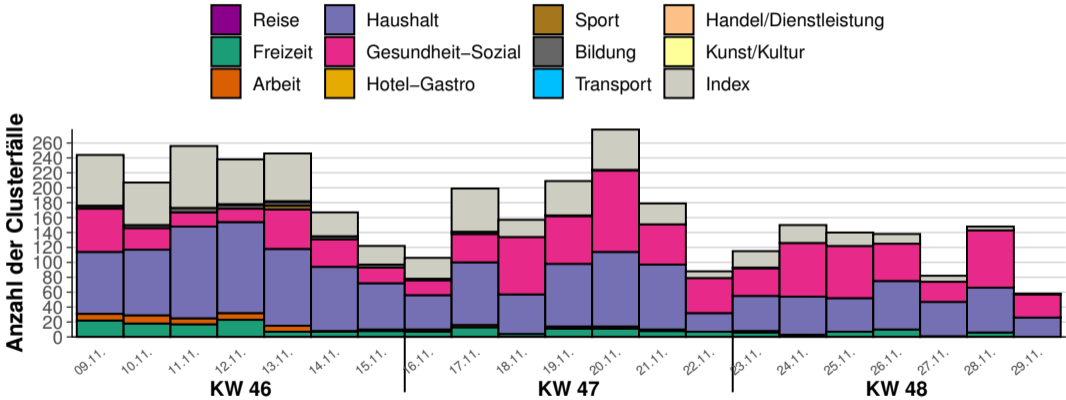
Steiermark: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Epidemiologische Parameter I

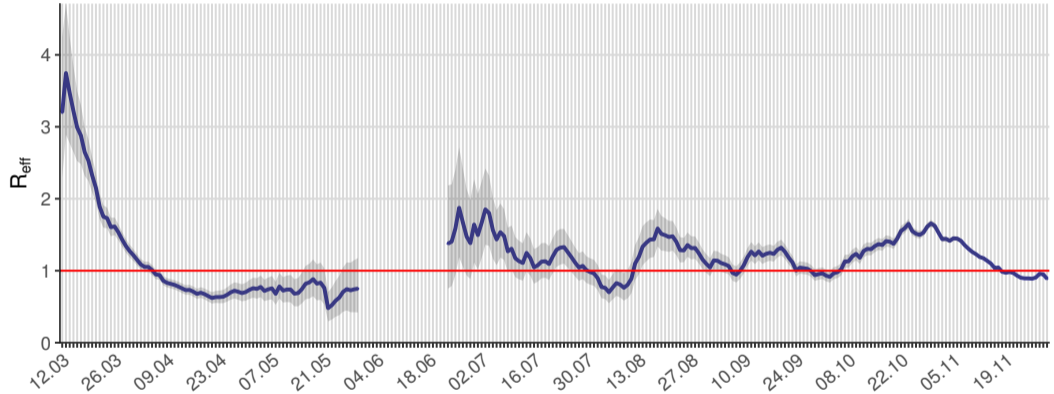


Abbildung 22: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Steiermark)

Steiermark: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 20: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Steiermark)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	0,97	(0,95 - 0,99)
22.11	0,93	(0,91 - 0,95)
23.11	0,90	(0,88 - 0,92)
24.11	0,89	(0,88 - 0,91)
25.11	0,89	(0,88 - 0,91)
26.11	0,89	(0,87 - 0,91)
27.11	0,91	(0,89 - 0,93)
28.11	0,96	(0,94 - 0,98)
29.11	0,95	(0,93 - 0,97)
30.11	0,89	(0,87 - 0,91)

Steiermark: Altersverteilung I

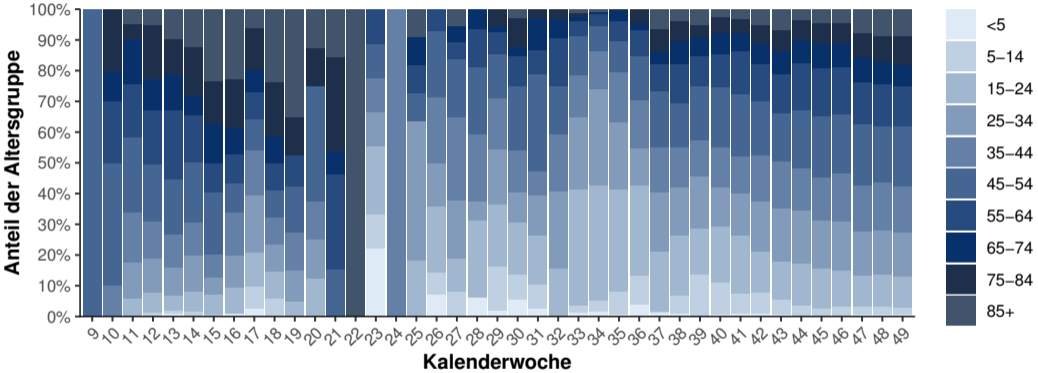


Abbildung 23: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Steiermark: Altersverteilung II

Tabelle 21: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

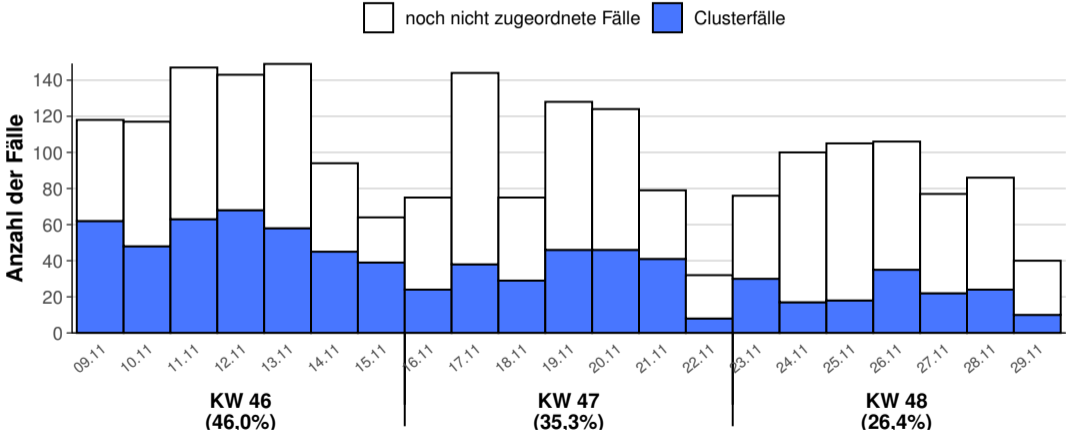
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	438	16	42.2	71
42	826	17	44.0	77
43	1.822	19	46.2	80
44	3.711	20	45.5	74
45	5.745	21	47.0	76
46	5.570	21	46.7	76
47	4.927	22	49.3	82
48	4.311	22	49.5	83

Steiermark: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

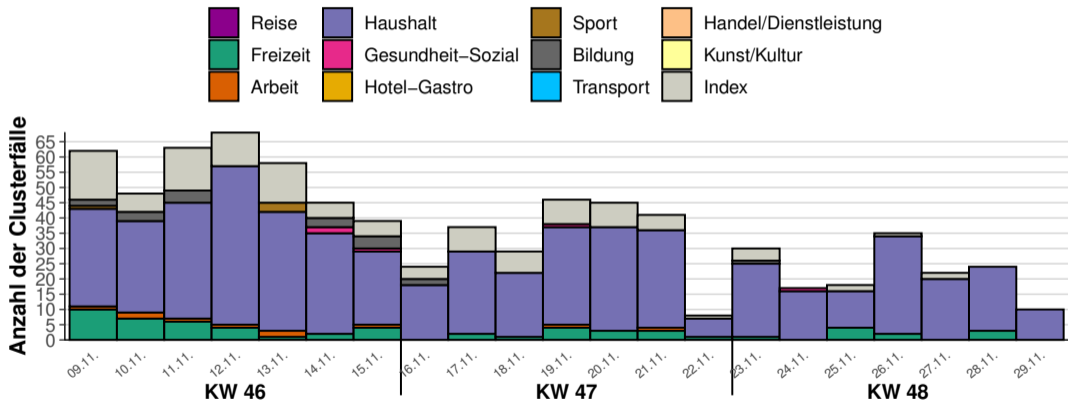
Tabelle 22: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation							klinische Manifestation						
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	9	25,7	7	20,0	19	54,3	35	11	34,4	4	12,5	17	53,1	32
6-9	17	43,6	5	12,8	17	43,6	39	13	43,3	5	16,7	12	40,0	30
10-14	43	46,2	7	7,5	43	46,2	93	32	39,5	11	13,6	38	46,9	81
15-19	93	49,5	8	4,3	87	46,3	188	70	46,4	5	3,3	76	50,3	151
20-24	142	47,0	9	3,0	151	50,0	302	125	42,2	13	4,4	158	53,4	296
Total	304	46,3	36	5,5	317	48,2	657	251	42,5	38	6,4	301	51,0	590

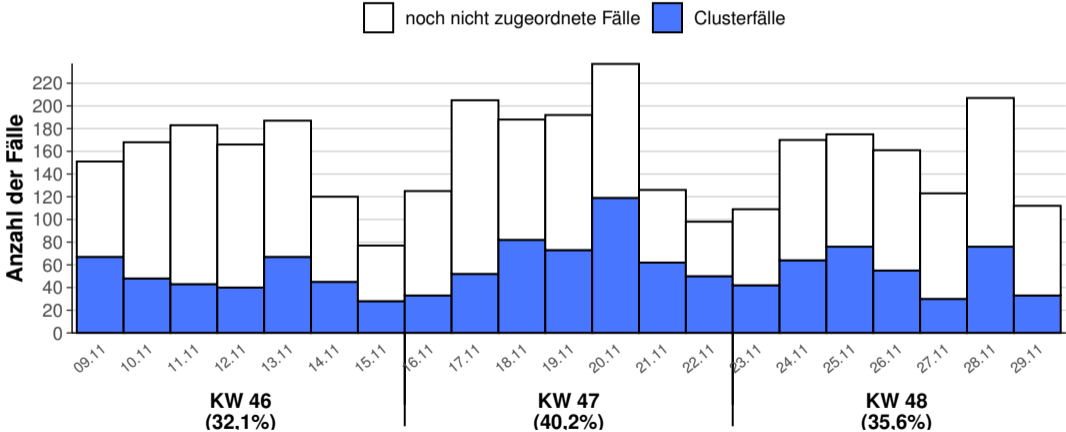
Steiermark: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Tirol: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

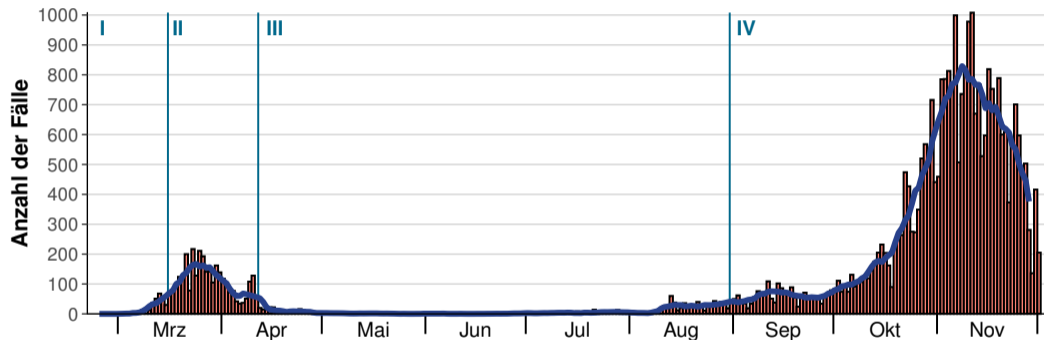


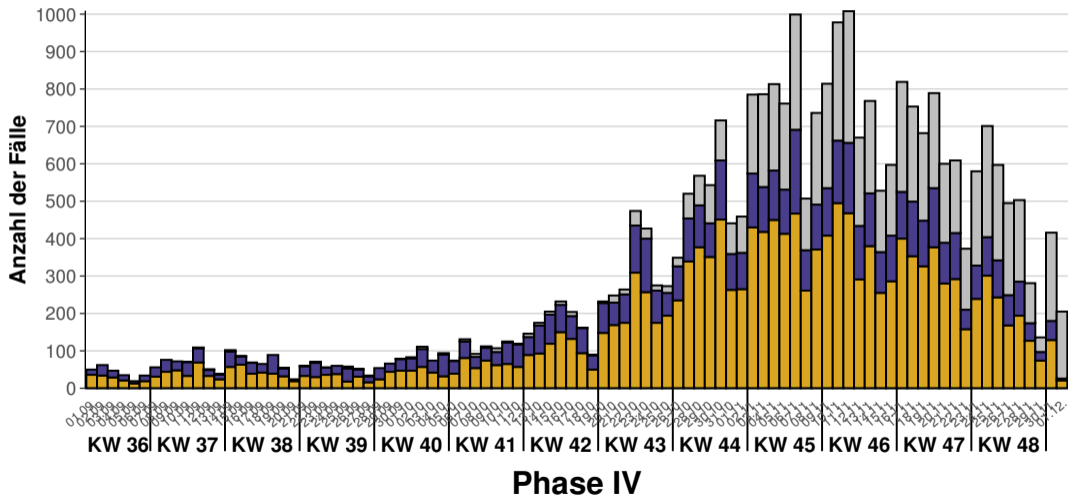
Abbildung 24: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Tirol: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

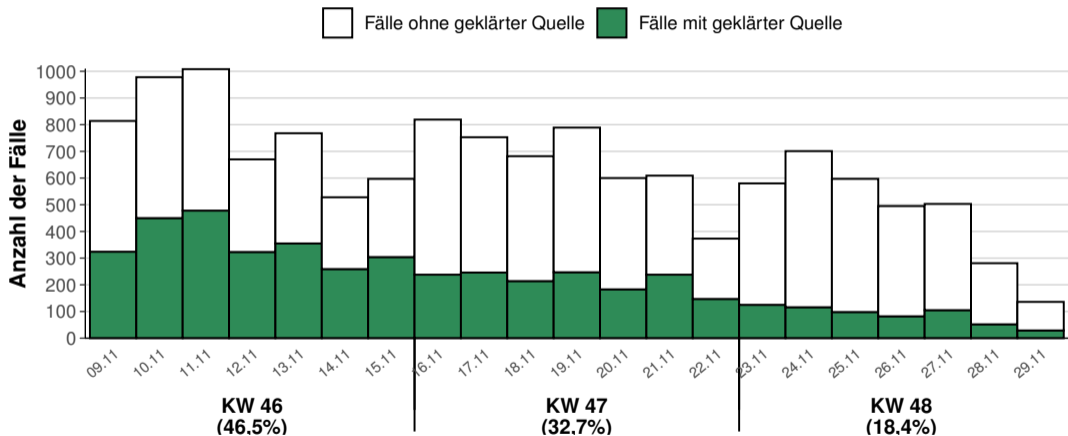
	43	44	45	46	47	48
Fälle Tirol (N)	2.193	3.596	5.387	5.363	4.625	3.293
Fälle ungeklärt (n)	993	1.832	3.057	2.870	3.112	2.686
Indexfälle ³ (n)	352	654	1.024	754	232	62
Anteil geklärt	54,7%	49,1%	43,3%	46,5%	32,7%	18,4%
Fälle geklärt (n)	1.200	1.764	2.330	2.493	1.513	607
Clusterfälle (n)	1.446	2.279	3.176	3.015	1.448	437
sporadisch importierte Fälle (n)	9	21	28	12	3	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.099	1.644	2.176	2.269	1.219	375
Haushalt	40,8%	56,5%	61,6%	64,2%	64,4%	57,9%
Freizeit	36,7%	27,2%	24,3%	21,6%	10,3%	4,8%
Gesundheit-Sozial	7,6%	8,3%	10,2%	8,9%	18,9%	34,4%
Arbeit	4,3%	1,1%	0,3%	0,7%	0,7%	0,0%
Hotel-Gastro	0,2%	0,9%	0,5%	0,0%	0,1%	0,0%
Bildung	5,8%	2,9%	0,5%	3,8%	5,2%	0,5%
Transport	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	2,1%	2,1%	2,2%	0,8%	0,4%	0,5%
Haushalt (n)	448	929	1.340	1.456	785	217
Bildung (n)	64	47	11	87	63	2
Gesundheit-Sozial (n)	83	137	222	202	231	129
Reise (n)	23	34	48	19	5	2

Tirol: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

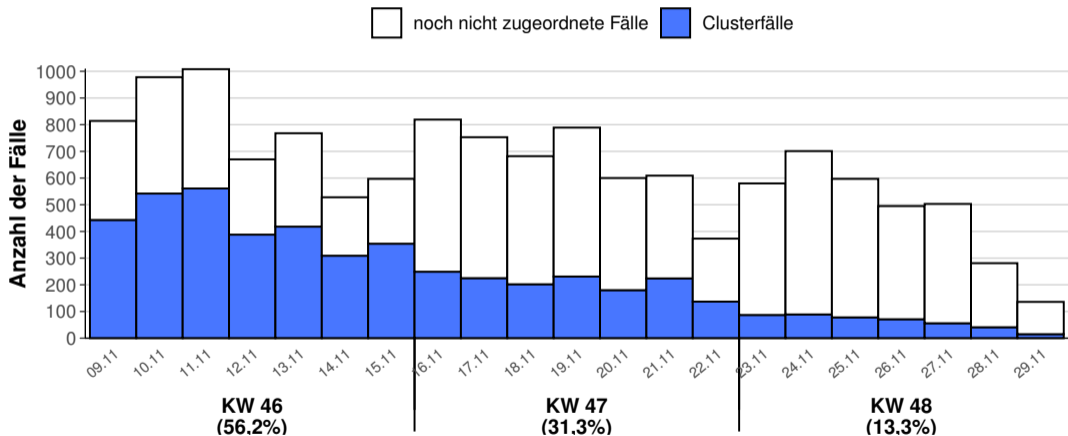
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Tirol: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Epidemiologische Parameter I

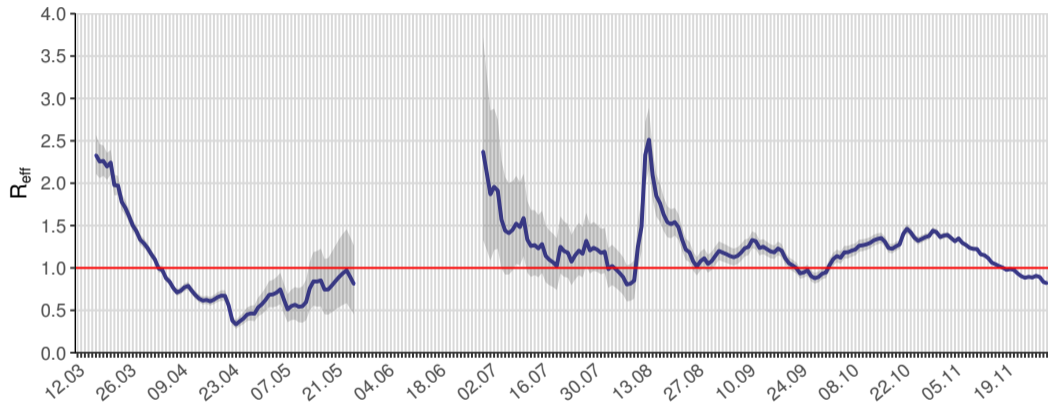


Abbildung 25: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Tirol)

Tirol: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 23: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Tirol)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	0,98	(0,96 - 1,00)
22.11	0,94	(0,92 - 0,95)
23.11	0,90	(0,88 - 0,92)
24.11	0,88	(0,87 - 0,90)
25.11	0,90	(0,88 - 0,91)
26.11	0,89	(0,87 - 0,91)
27.11	0,91	(0,89 - 0,93)
28.11	0,89	(0,87 - 0,91)
29.11	0,83	(0,82 - 0,85)
30.11	0,82	(0,80 - 0,84)

Tirol: Altersverteilung I

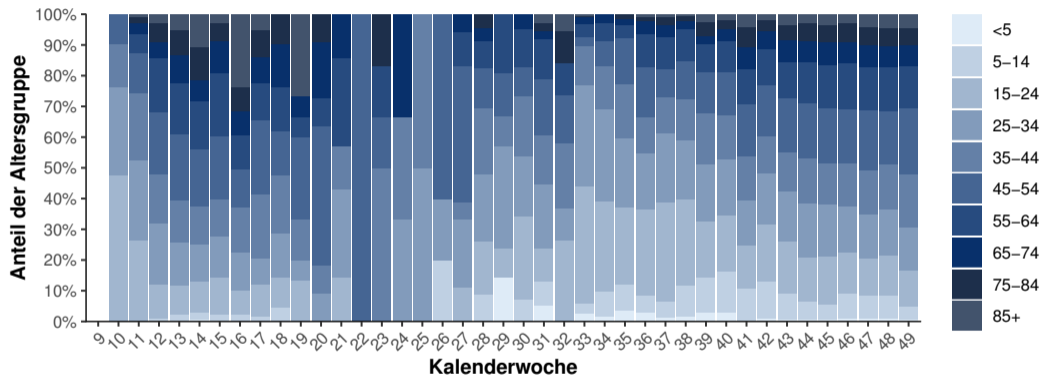


Abbildung 26: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Tirol: Altersverteilung II

Tabelle 24: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

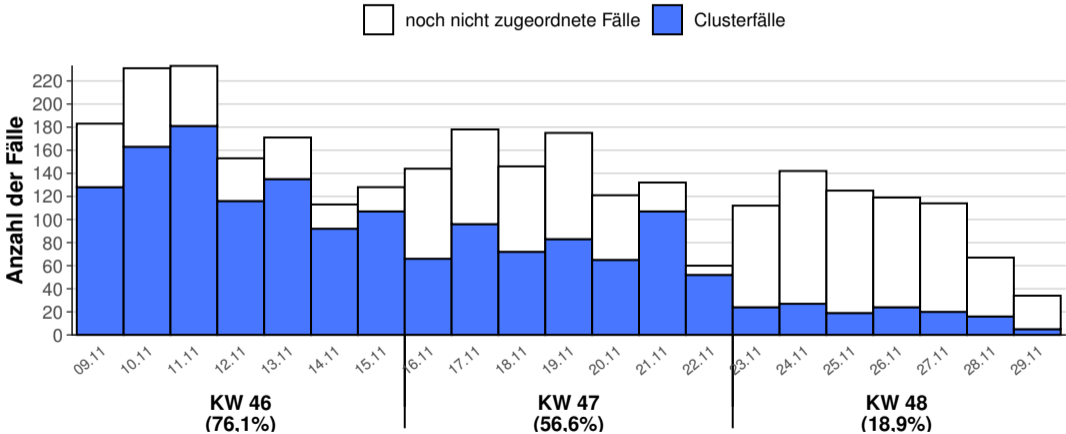
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	760	14	42.8	76
42	1.214	12	38.2	66
43	2.193	16	41.7	72
44	3.596	18	43.1	72
45	5.387	18	43.8	73
46	5.363	15	43.2	73
47	4.625	16	44.3	75
48	3.293	16	44.0	75

Tirol: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

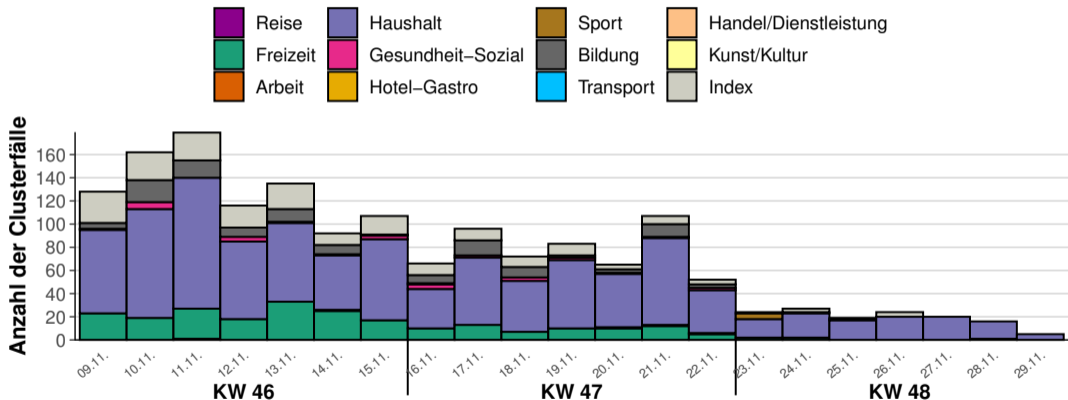
Tabelle 25: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	20	29,4	32	47,1	16	23,5	68	23	41,8	18	32,7	14	25,5	55
6-9	34	30,4	43	38,4	35	31,2	112	27	33,8	26	32,5	27	33,8	80
10-14	72	34,3	77	36,7	61	29,0	210	37	25,9	41	28,7	65	45,5	143
15-19	110	43,0	55	21,5	91	35,5	256	74	37,0	34	17,0	92	46,0	200
20-24	169	54,5	38	12,3	103	33,2	310	111	47,2	26	11,1	98	41,7	235
Total	405	42,4	245	25,6	306	32,0	956	272	38,1	145	20,3	296	41,5	713

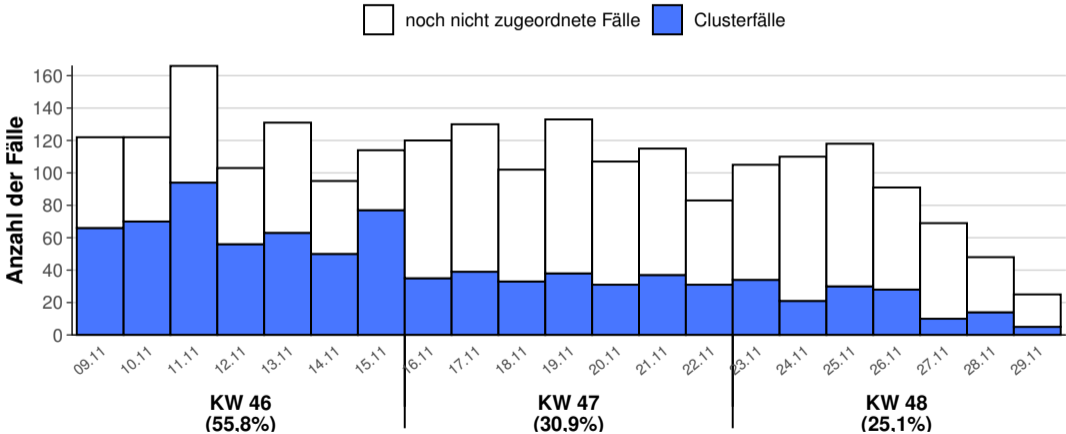
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



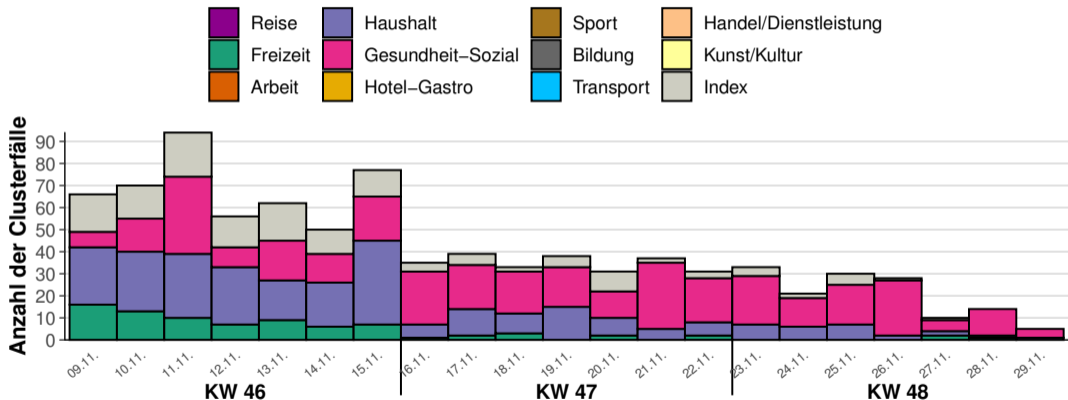
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

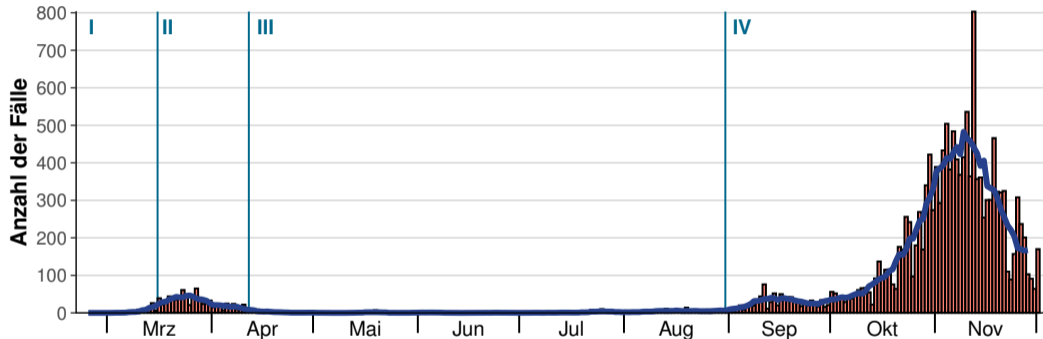


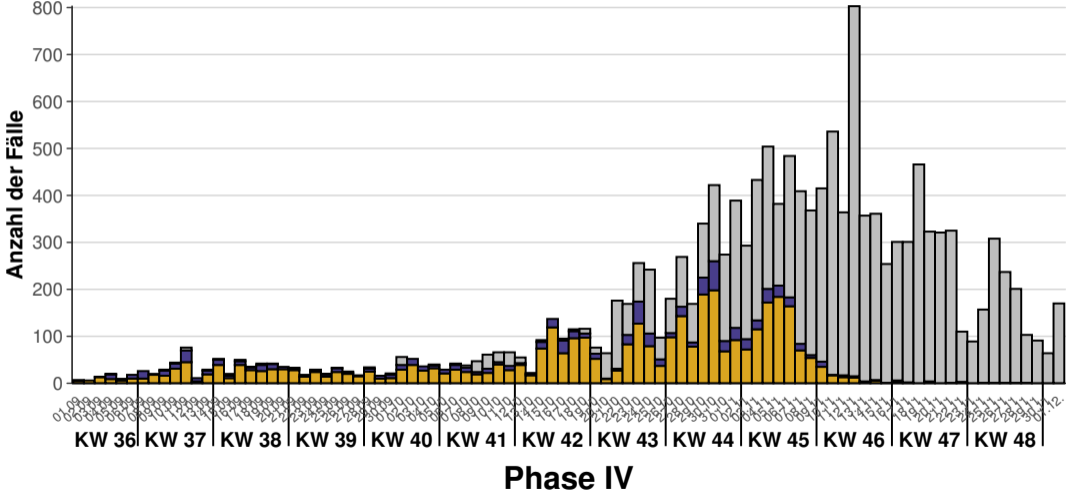
Abbildung 27: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Vorarlberg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

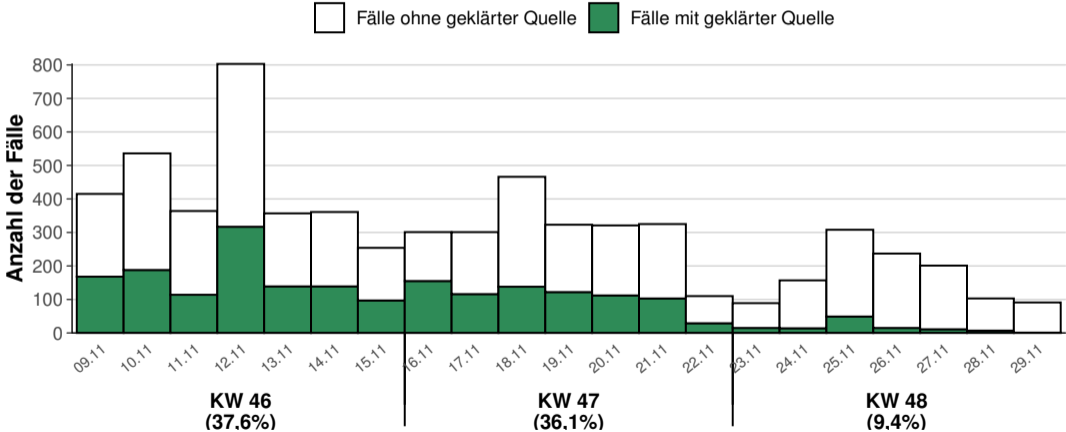
	43	44	45	46	47	48
Fälle Vorarlberg (N)	1.080	2.043	2.873	3.090	2.147	1.186
Fälle ungeklärt (n)	472	1.208	1.903	1.928	1.372	1.074
Indexfälle ³ (n)	180	338	515	315	134	5
Anteil geklärt	56,3%	40,9%	33,8%	37,6%	36,1%	9,4%
Fälle geklärt (n)	608	835	970	1.162	775	112
Clusterfälle (n)	769	1.167	1.480	1.469	899	115
sporadisch importierte Fälle (n)	16	3	5	6	7	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	578	829	956	1.151	766	110
Haushalt	49,1%	69,4%	73,4%	77,2%	67,2%	60,0%
Freizeit	25,3%	16,3%	15,7%	12,0%	9,7%	0,9%
Gesundheit-Sozial	3,8%	3,7%	5,6%	4,3%	16,7%	39,1%
Arbeit	7,4%	4,7%	3,0%	4,3%	3,4%	0,0%
Hotel-Gastro	0,0%	0,5%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
Bildung	12,5%	4,0%	1,4%	1,3%	1,8%	0,0%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Reise	0,5%	0,1%	0,2%	0,5%	1,0%	0,0%
Haushalt (n)	284	575	702	888	515	66
Bildung (n)	72	33	13	15	14	0
Gesundheit-Sozial (n)	22	31	54	50	128	43
Reise (n)	3	1	2	6	8	0

Vorarlberg: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

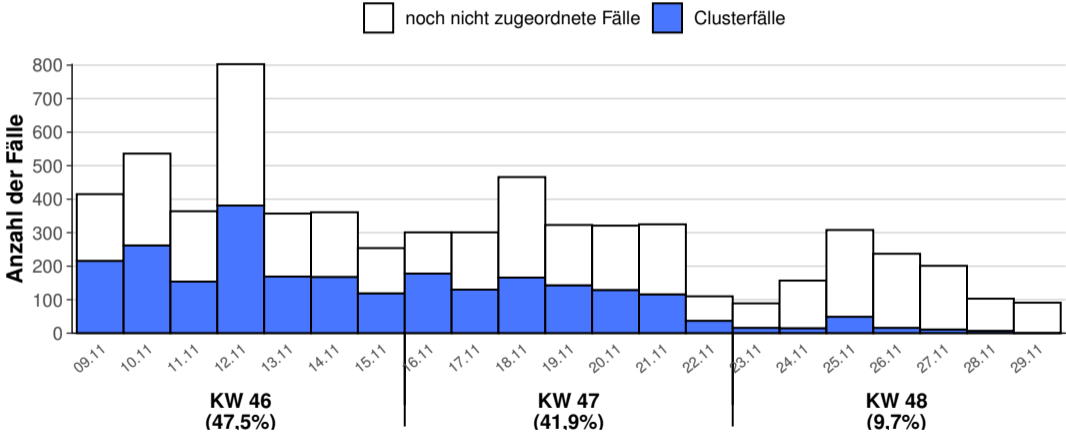
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Vorarlberg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Epidemiologische Parameter I

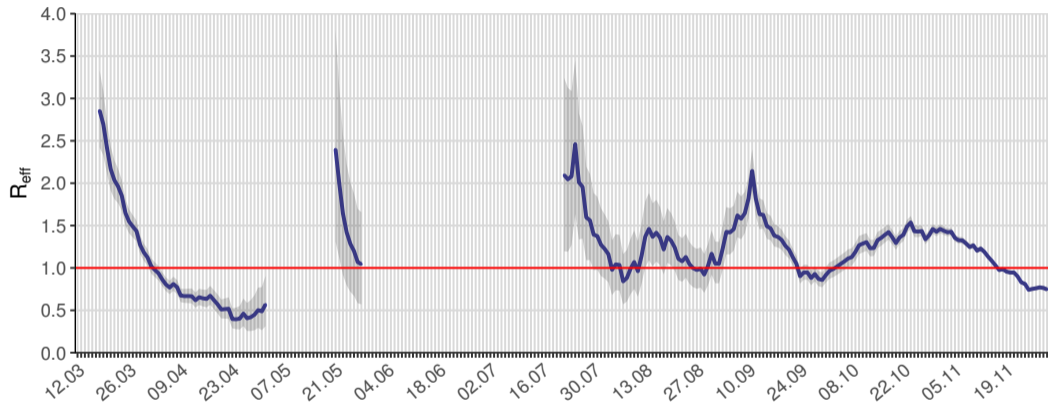


Abbildung 28: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Vorarlberg)

Vorarlberg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 26: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Vorarlberg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	0,95	(0,92 - 0,97)
22.11	0,90	(0,87 - 0,93)
23.11	0,83	(0,81 - 0,85)
24.11	0,81	(0,79 - 0,84)
25.11	0,74	(0,72 - 0,77)
26.11	0,75	(0,73 - 0,78)
27.11	0,76	(0,73 - 0,79)
28.11	0,77	(0,74 - 0,80)
29.11	0,76	(0,74 - 0,79)
30.11	0,75	(0,72 - 0,77)

Vorarlberg: Altersverteilung I

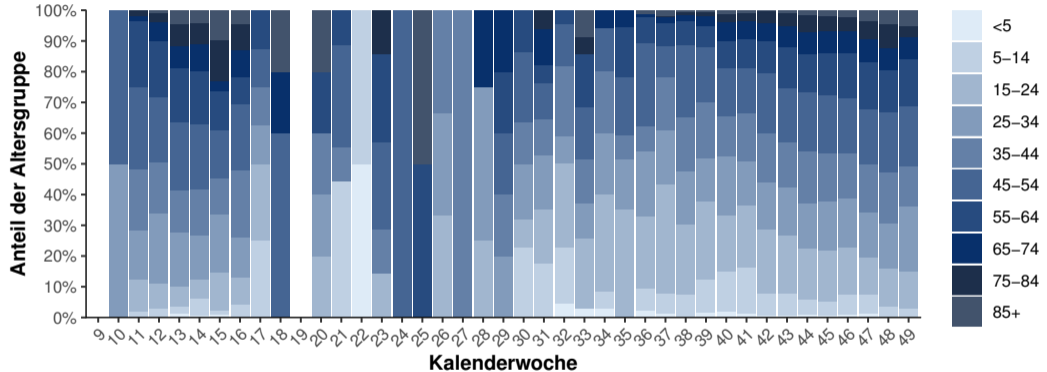


Abbildung 29: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Vorarlberg: Altersverteilung II

Tabelle 27: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

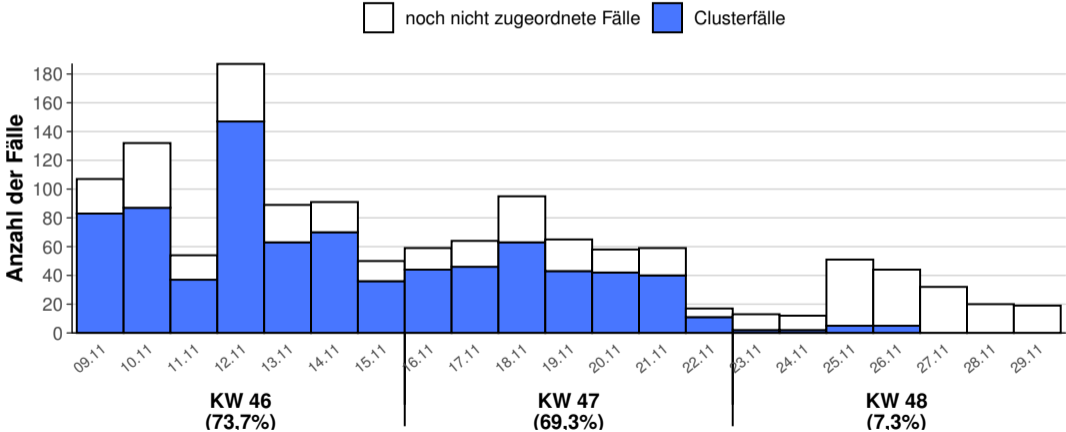
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	349	12	35.7	62.2
42	632	15	38.8	64.0
43	1.080	16	40.3	66.1
44	2.043	17	42.3	71.0
45	2.873	18	42.5	70.0
46	3.090	16	42.3	69.0
47	2.147	17	44.5	73.0
48	1.186	20	46.6	77.0

Vorarlberg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

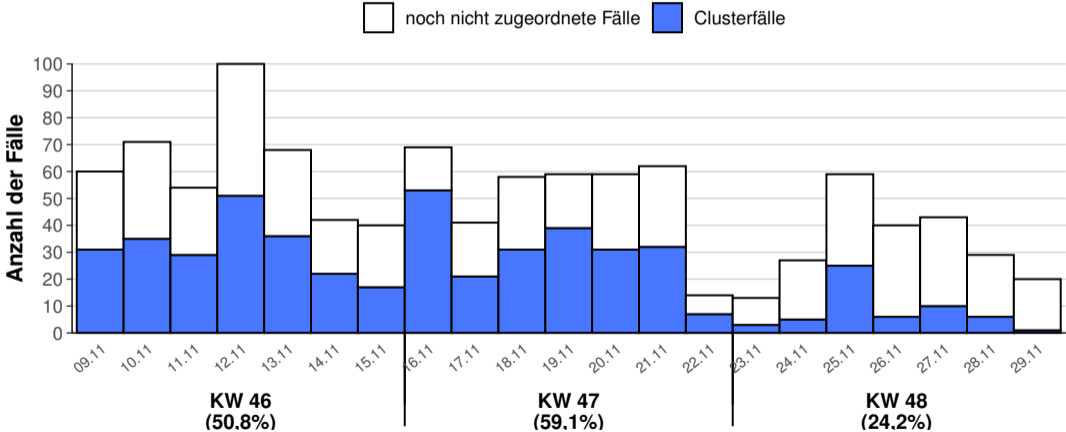
Tabelle 28: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<6	0	0,0	0	0,0	32	100,0	32	0	0,0	0	0,0	5	100,0	5
6-9	0	0,0	0	0,0	37	100,0	37	0	0,0	0	0,0	9	100,0	9
10-14	0	0,0	1	1,1	91	98,9	92	0	0,0	0	0,0	30	100,0	30
15-19	0	0,0	0	0,0	118	100,0	118	0	0,0	0	0,0	73	100,0	73
20-24	0	0,0	0	0,0	138	100,0	138	0	0,0	0	0,0	74	100,0	74
Total	0	0,0	1	0,2	416	99,8	417	0	0,0	0	0,0	191	100,0	191

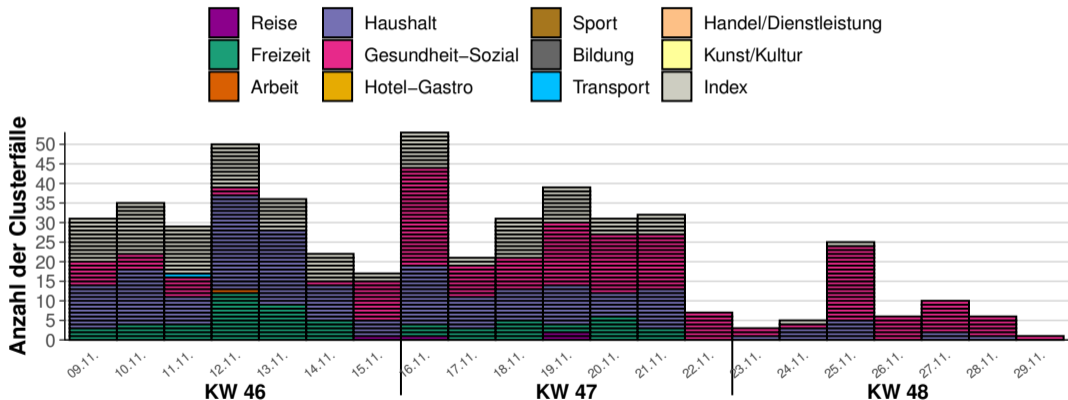
Vorarlberg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Wien: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

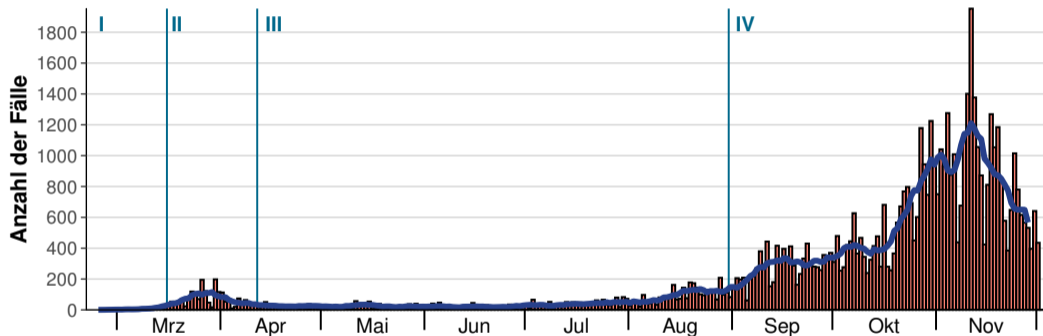
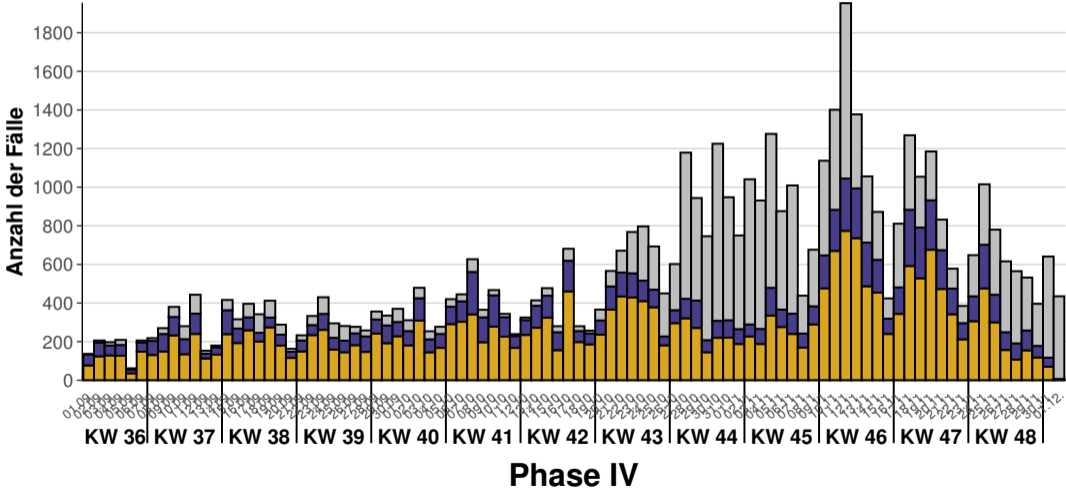


Abbildung 30: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Wien: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Wien: Epidemiologische Parameter I

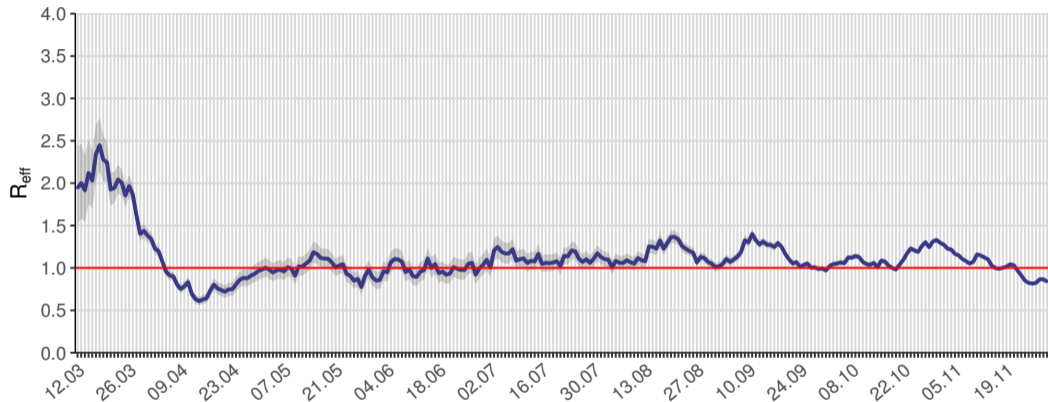


Abbildung 31: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Wien)

Wien: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 29: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Wien)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	1,03	(1,01 - 1,05)
22.11	0,97	(0,95 - 0,99)
23.11	0,91	(0,90 - 0,93)
24.11	0,85	(0,83 - 0,87)
25.11	0,82	(0,81 - 0,84)
26.11	0,82	(0,80 - 0,83)
27.11	0,82	(0,81 - 0,84)
28.11	0,87	(0,85 - 0,88)
29.11	0,87	(0,85 - 0,88)
30.11	0,84	(0,82 - 0,86)

Wien: Altersverteilung I

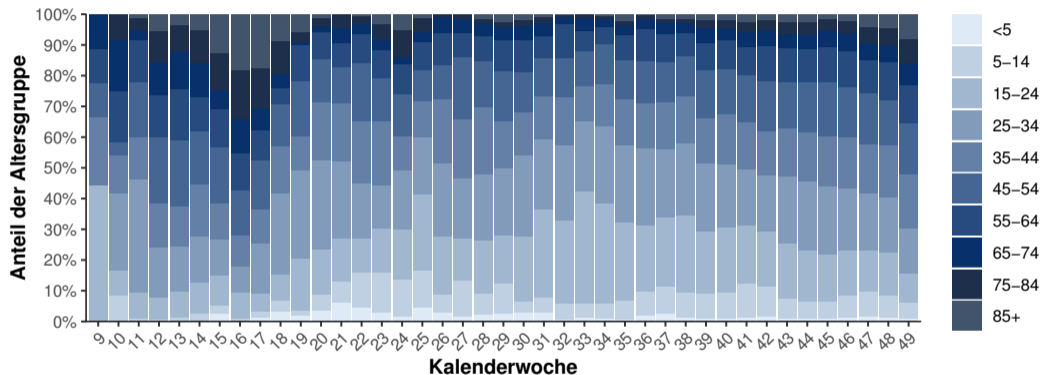


Abbildung 32: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Wien: Altersverteilung II

Tabelle 30: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	2.907	13	37.5	65
42	2.714	14	38.3	65
43	4.311	16	39.4	66
44	6.394	18	40.1	67
45	6.247	18	40.2	66
46	8.220	16	40.3	67
47	6.114	15	41.6	73
48	4.552	16	42.3	74

Wien: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

Tabelle 31: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	55	43,7	46	36,5	25	19,8	126	21	26,6	18	22,8	40	50,6	79
6-9	68	43,9	54	34,8	33	21,3	155	23	21,1	38	34,9	48	44,0	109
10-14	148	47,4	100	32,1	64	20,5	312	66	32,0	50	24,3	90	43,7	206
15-19	195	55,9	76	21,8	78	22,3	349	86	34,3	53	21,1	112	44,6	251
20-24	273	59,0	84	18,1	106	22,9	463	140	37,4	69	18,4	165	44,1	374
Total	739	52,6	360	25,6	306	21,8	1405	336	33,0	228	22,4	455	44,7	1019

Covid-19, Österreich

AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance

17.03.2021 09:00 (auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 17.03.2021 07:00)

Österreich: 7-Tages-Inzidenz letzten 2 Wochen

Tabelle 1: 7-Tages Inzidenzen von SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose.

<i>Bundesland</i>	Mittwoch – Dienstag		Dienstag – Montag	
	<i>03.03.-09.03.</i>	<i>10.03.-16.03.</i>	<i>02.03.-08.03.</i>	<i>09.03.-15.03.</i>
Burgenland	258.80	251.33	247.59	258.12
Kärnten	184.04	187.42	186.00	195.26
Niederösterreich	211.54	234.58	216.59	235.65
Oberösterreich	170.84	194.59	161.24	192.85
Salzburg	244.26	283.66	229.22	272.56
Steiermark	168.25	169.05	176.75	174.74
Tirol	114.30	157.73	120.77	159.31
Vorarlberg	79.07	59.68	75.29	66.22
Wien	225.83	273.86	226.87	259.47
Österreich	189.43	213.46	189.38	211.53

Österreich: Zeitlicher Verlauf bis 17.03.2021

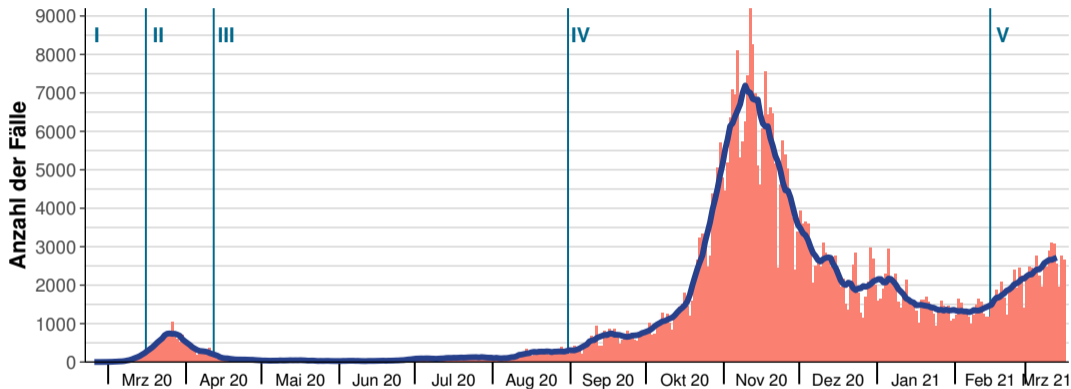


Abbildung 1: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung

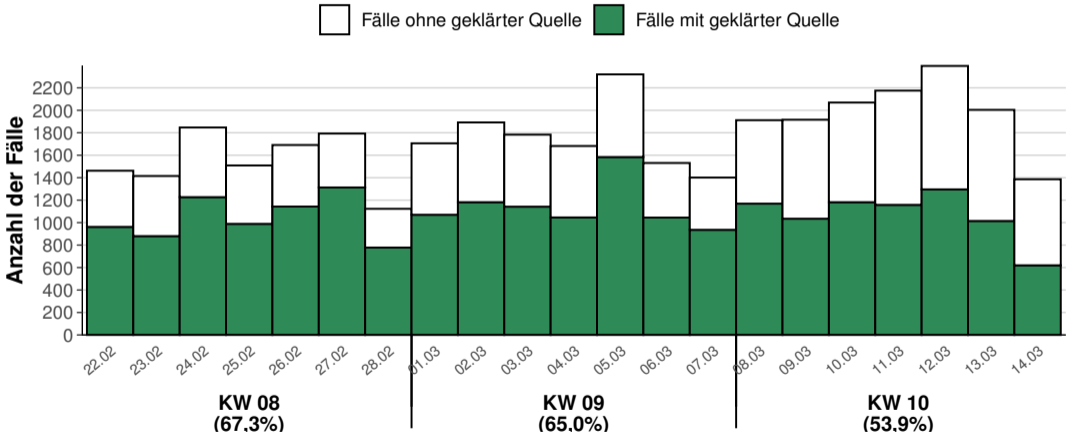
Österreich (exkl. Wien): Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	05	06	07	08	09	10
Fälle ¹ Österreich (N)	9.212	9.556	11.771	14.323	16.500	18.608
Fälle ¹ Österreich exkl. Wien (N)	7.463	7.459	9.114	10.840	12.315	13.857
Anteil asymptomatisch	25,8%	25,0%	26,3%	28,9%	29,2%	28,8%
Fälle asymptomatisch (n)	1.922	1.868	2.396	3.128	3.601	3.997
Fälle ungeklärt ² (n)	2.582	2.556	2.957	3.548	4.310	6.382
Indexfälle ³ (n)	1.433	1.538	1.815	2.077	2.344	1.603
Anteil geklärt	65,4%	65,7%	67,6%	67,3%	65,0%	53,9%
Fälle geklärt ⁴ (n)	4.881	4.903	6.157	7.292	8.005	7.475
Clusterfälle ⁵ (n)	5.955	6.119	7.542	8.843	9.807	8.447
sporadisch importierte Fälle (n)	47	47	50	51	48	39
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	4.506	4.571	5.711	6.744	7.415	6.808
Haushalt	63,0%	65,2%	64,2%	64,9%	67,6%	73,6%
Freizeit	15,4%	16,0%	15,7%	16,3%	15,2%	13,0%
Gesundheit-Sozial	10,0%	6,3%	4,4%	2,9%	2,1%	1,5%
Arbeit	8,0%	9,1%	9,2%	7,3%	6,2%	5,0%
Hotel-Gastro	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%
Bildung	2,0%	1,4%	4,3%	6,8%	7,1%	5,9%
Transport	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%
Reise	0,4%	0,6%	0,7%	0,6%	0,4%	0,2%
Haushalt (n)	2.841	2.981	3.665	4.377	5.011	5.009
Bildung (n)	88	66	246	459	523	402
Gesundheit-Sozial (n)	450	286	250	193	155	104
Reise (n)	16	27	42	38	30	15

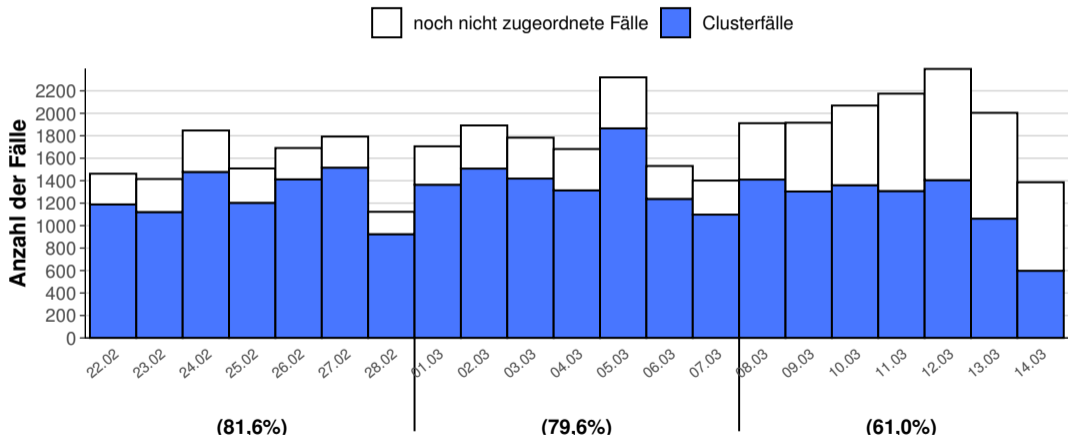
Wien: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	05	06	07	08	09	10
Fälle ¹ Wien (N)	1.749	2.097	2.657	3.483	4.185	4.751
Anteil asymptomatisch	31,0%	32,5%	27,1%	25,8%	29,2%	41,0%
Fälle asymptomatisch (n)	542	682	719	899	1.221	1.948
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.140	1.363	1.671	1.977	2.442	2.713
Haushalt	68,5%	74,1%	70,8%	70,0%	74,1%	80,6%
Gesundheit-Sozial	14,5%	8,3%	6,2%	4,4%	3,5%	3,2%
Arbeit	7,7%	7,4%	5,7%	5,7%	5,5%	5,2%
Bildung	3,4%	3,5%	10,3%	14,6%	11,3%	6,6%
Freizeit	5,0%	5,7%	6,2%	5,3%	5,2%	4,2%
Hotel-Gastro	0,6%	0,5%	0,4%	0,0%	0,3%	0,1%
Reise	0,3%	0,5%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%

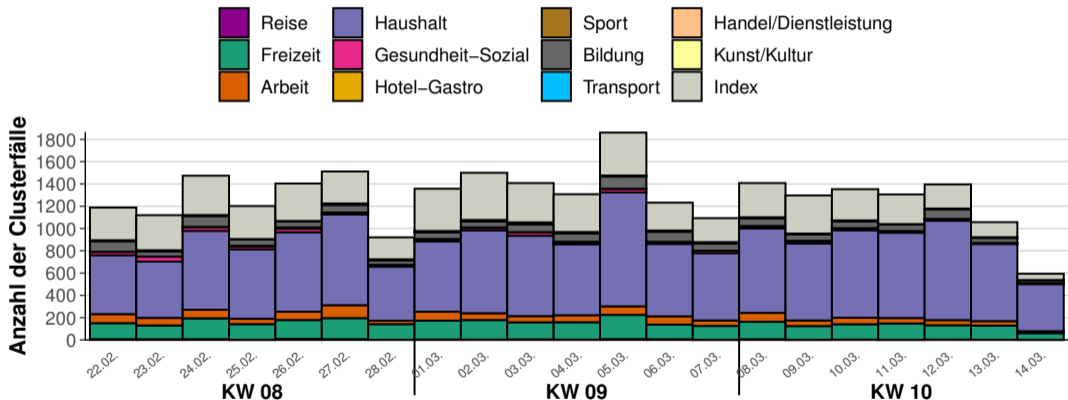
Österreich (exkl. Wien): Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW

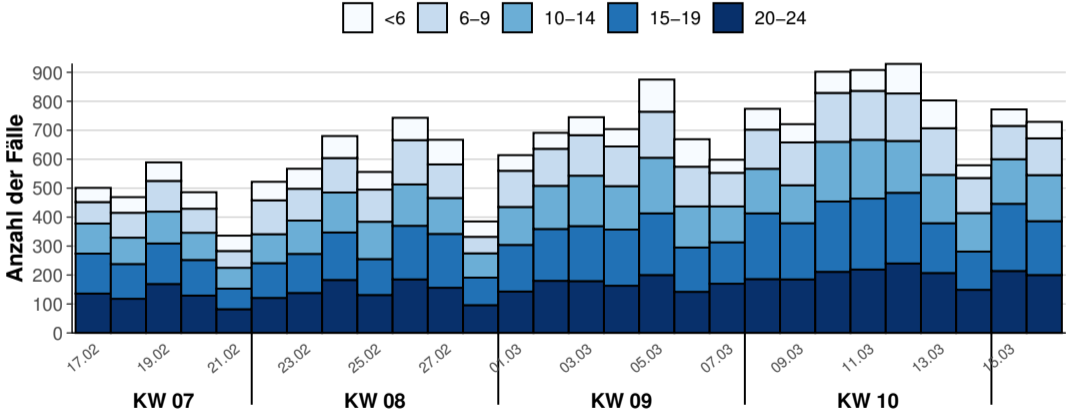


Österreich: Altersverteilung II

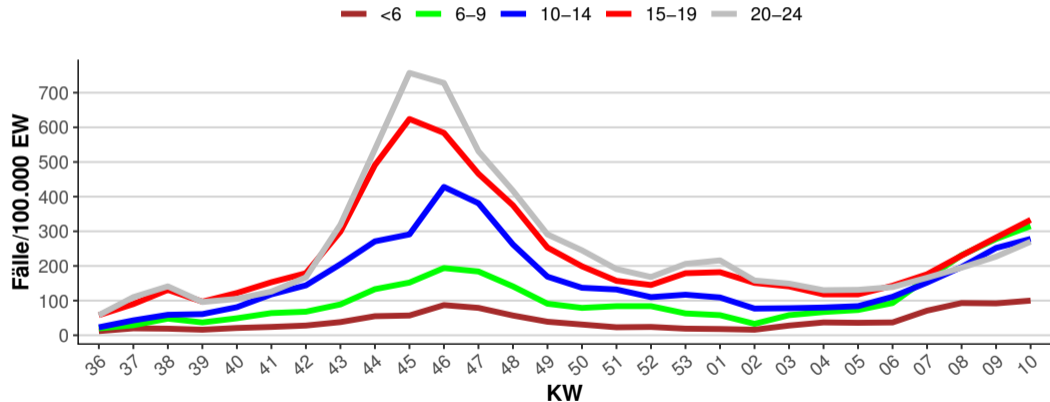
Tabelle 2: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 03	10.150	18	45.0	78
KW 04	9.555	17	44.5	77
KW 05	9.212	16	43.2	73
KW 06	9.556	14	41.5	70
KW 07	11.771	11	39.8	69
KW 08	14.323	10	38.6	66
KW 09	16.500	10	38.2	65
KW 10	18.608	11	37.9	65

Österreich: Verteilung der Infektionsfälle von unter 25-Jährigen nach Altersgruppe für die vergangenen 4 Wochen



Österreich: 7-Tage-Inzidenzen pro 100.000 EW für unter 25-Jährige nach Altersgruppe und Kalenderwoche

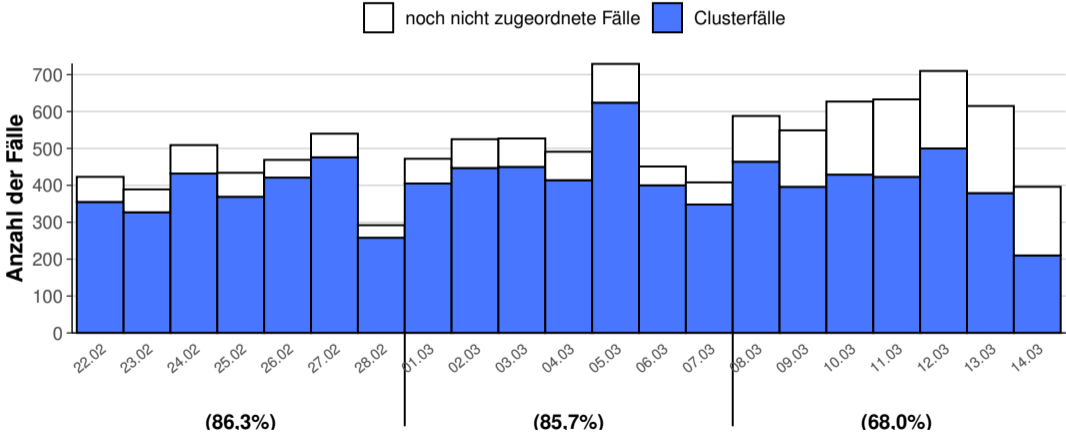


Österreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 09, KW 10)

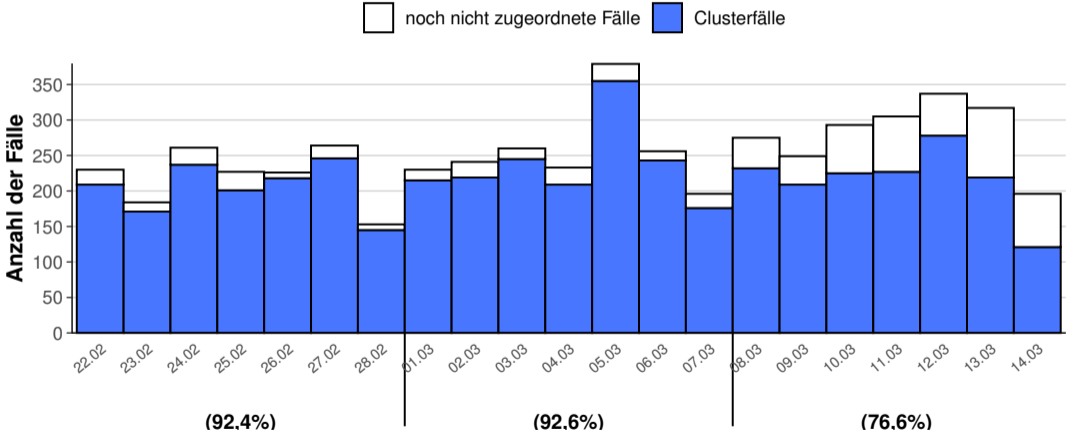
Tabelle 3: Verteilung der Infektionsfälle (KW 07 - KW 10 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 07							KW 08							KW 09							KW 10						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<6	166	44,9	123	33,2	81	21,9	370	201	41,4	189	39,0	95	19,6	485	206	42,7	210	43,6	66	13,7	482	185	35,4	250	47,9	87	16,7	522
6-9	192	34,6	246	44,3	117	21,1	555	308	39,3	341	43,6	134	17,1	783	331	35,1	453	48,1	158	16,8	942	288	27,0	546	51,2	233	21,8	1067
10-14	227	35,3	258	40,1	158	24,6	643	315	37,8	335	40,2	183	22,0	833	385	36,3	465	43,8	212	20,0	1062	373	31,8	541	46,1	259	22,1	1173
15-19	364	47,2	197	25,5	211	27,3	772	476	47,2	294	29,1	239	23,7	1009	578	46,9	379	30,7	276	22,4	1233	608	41,7	510	35,0	339	23,3	1457
20-24	424	49,2	180	20,9	257	29,8	861	528	52,3	242	24,0	240	23,8	1010	592	50,3	298	25,3	287	24,4	1177	626	44,8	389	27,8	382	27,3	1397
Total	1373	42,9	1004	31,4	824	25,7	3201	1828	44,4	1401	34,0	891	21,6	4120	2092	42,7	1805	36,9	999	20,4	4896	2080	37,0	2236	39,8	1300	23,1	5616

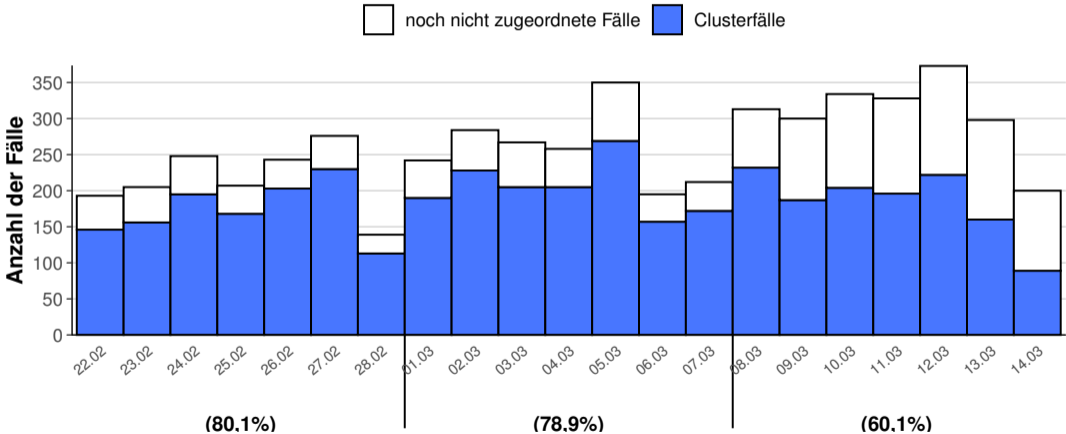
Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



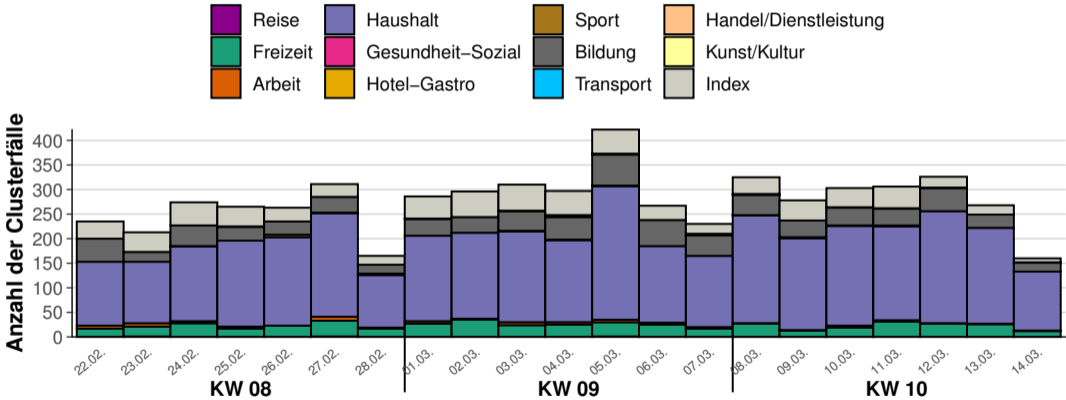
Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei 0-14-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei 15-24-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Österreich: Inzidenz nach Bezirk

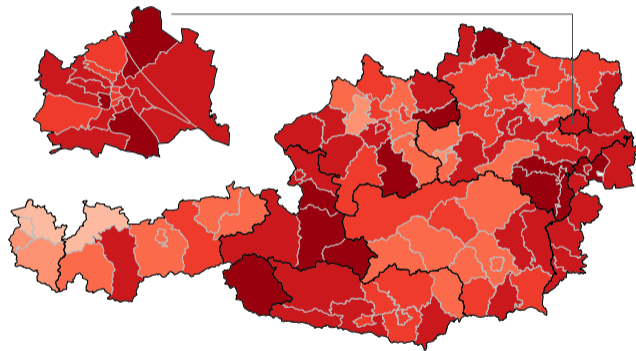
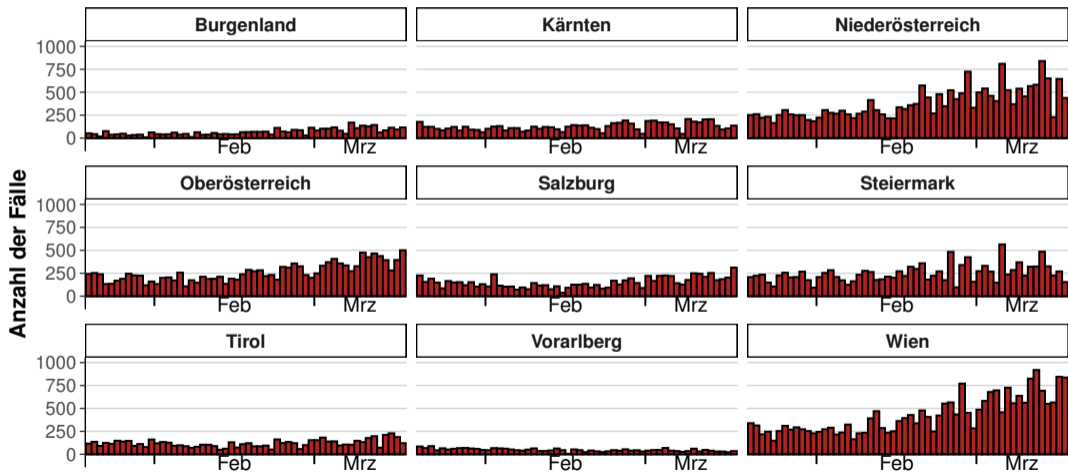


Abbildung 3: Kumulative Inzidenz/100.000 EW nach Bezirk der vergangenen 7 Tage (10.03.2021 – 16.03.2021) . Es gilt die regionale Falldefinition.

Österreich: Zeitlicher Verlauf der Bundesländer für die vergangenen acht Wochen (20.01.2021 – 17.03.2021)



Österreich: Epidemiologische Parameter I

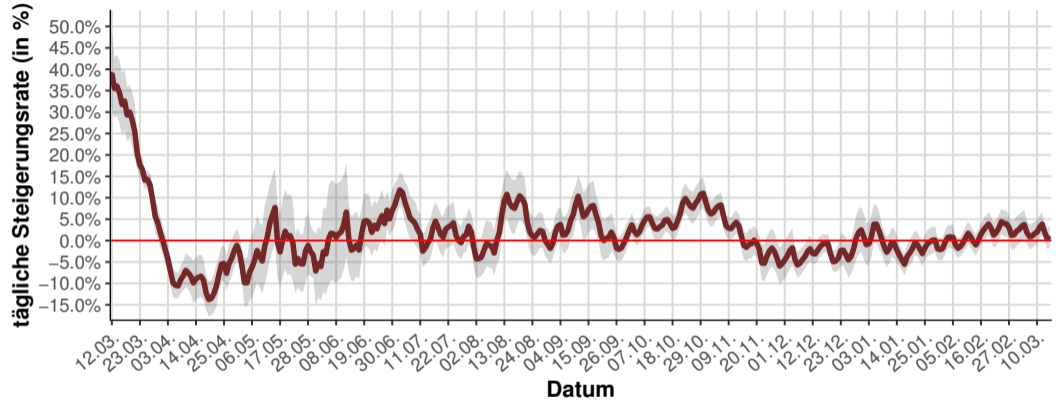


Abbildung 4: Modellierter tägliche Änderungsrate in % basierend auf den vorangegangenen 13 Tagen bezogen auf den Berichtstag. Fälle vom 16.03. und 17.03. sind exkludiert.

Österreich: Epidemiologische Parameter II

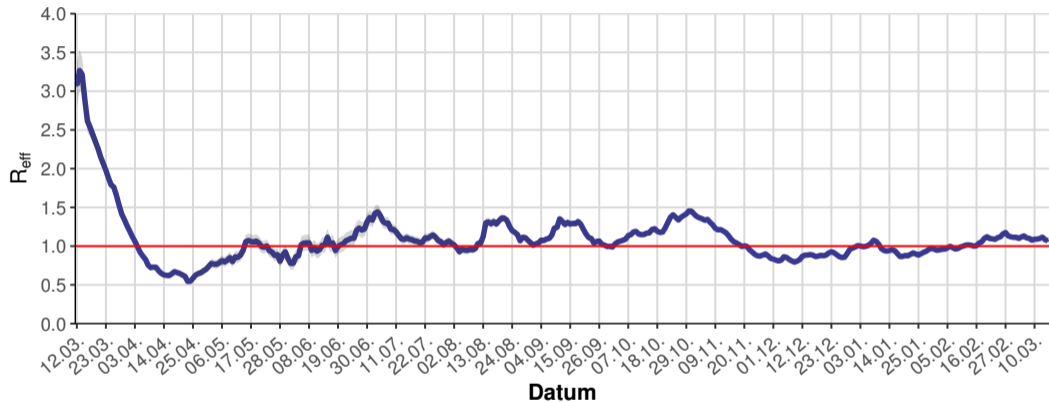


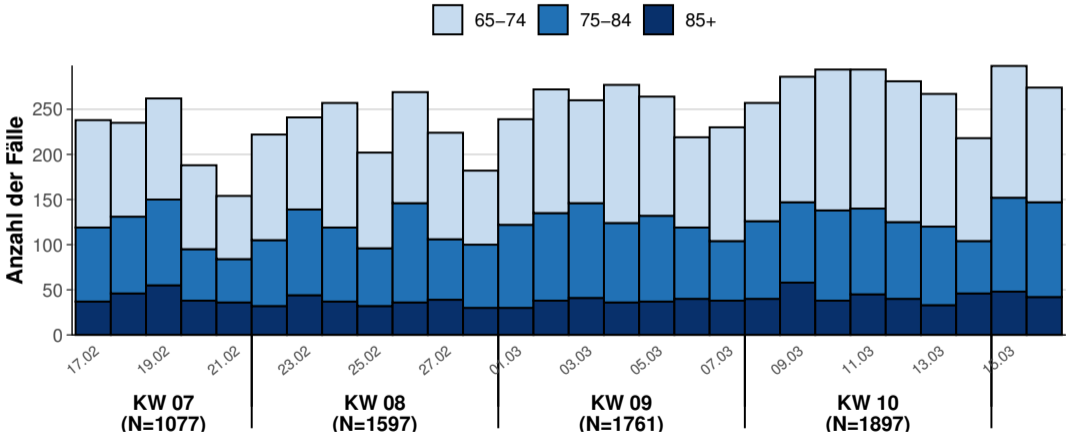
Abbildung 5: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 16.03. und 17.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten).

Österreich: Epidemiologische Parameter III

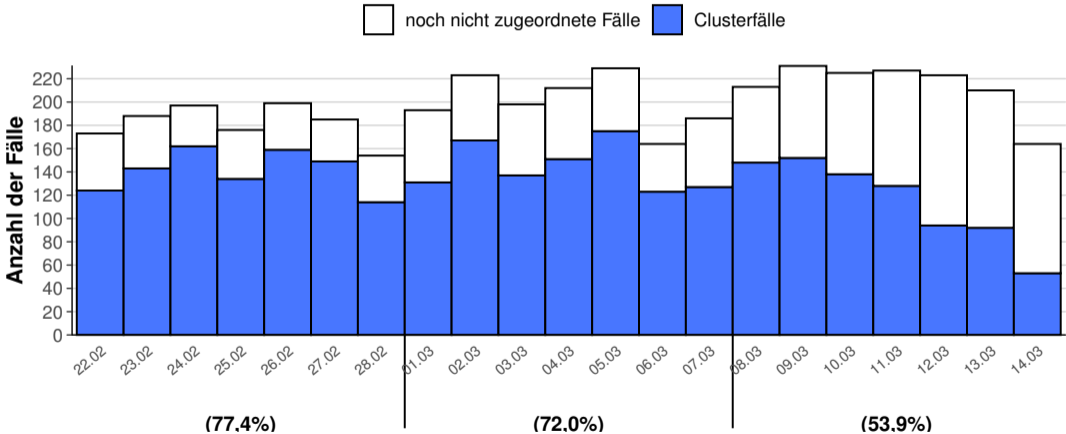
Tabelle 4: Schätzwerte des R_{eff} vom 06.03. bis zum 15.03.

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
06.03.	1,13	(1,12 – 1,15)
07.03.	1,11	(1,09 – 1,12)
08.03.	1,10	(1,09 – 1,11)
09.03.	1,08	(1,06 – 1,09)
10.03.	1,09	(1,08 – 1,10)
11.03.	1,09	(1,08 – 1,10)
12.03.	1,10	(1,09 – 1,11)
13.03.	1,12	(1,10 – 1,13)
14.03.	1,08	(1,07 – 1,09)
15.03.	1,07	(1,06 – 1,08)

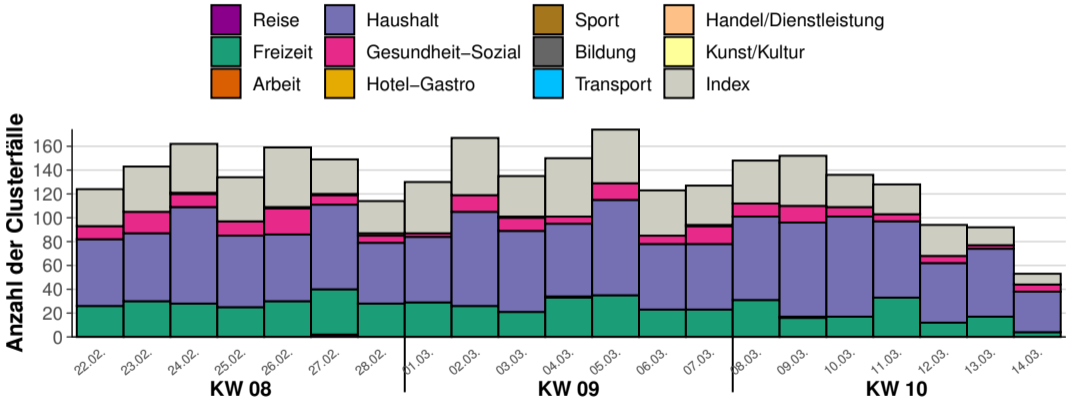
Österreich (exkl. Wien): Verteilung der Infektionsfälle von >64-Jährigen nach Altersgruppe für die vergangenen 4 Wochen



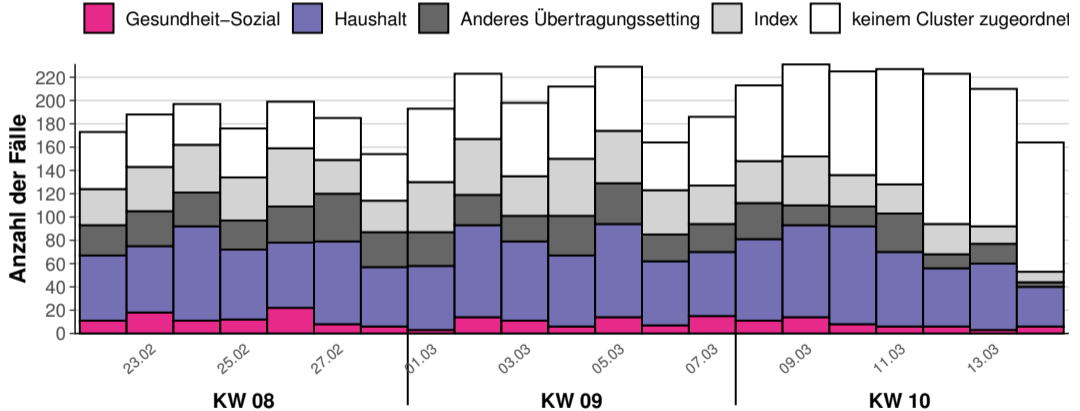
Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Fälle gesamt bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Zeitlicher Verlauf bis 17.03.2021

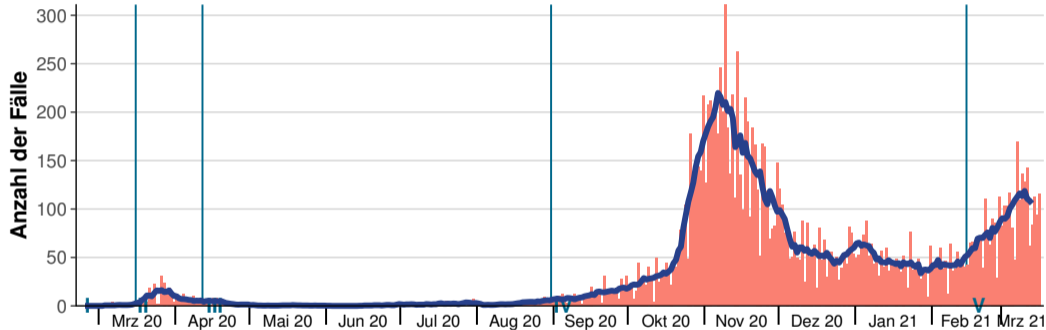


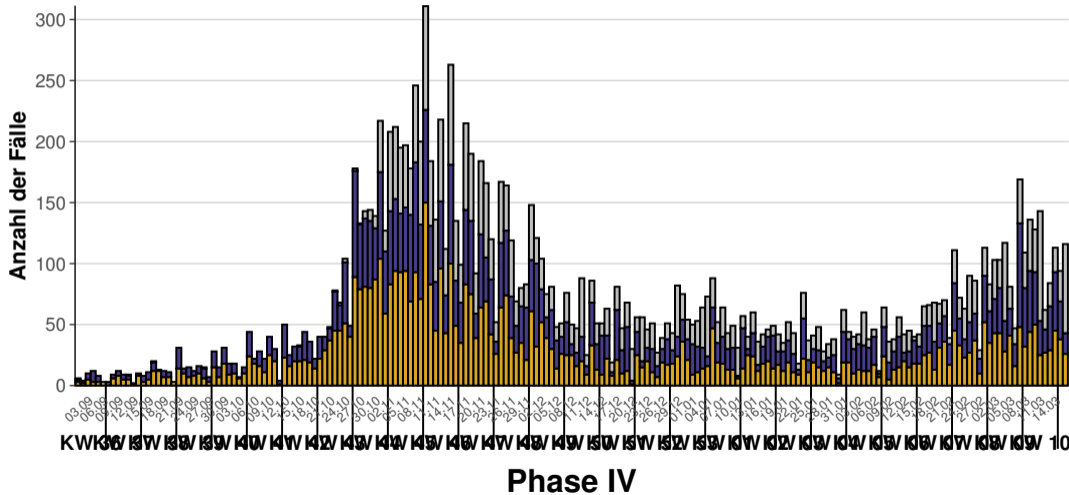
Abbildung 6: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Burgenland: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

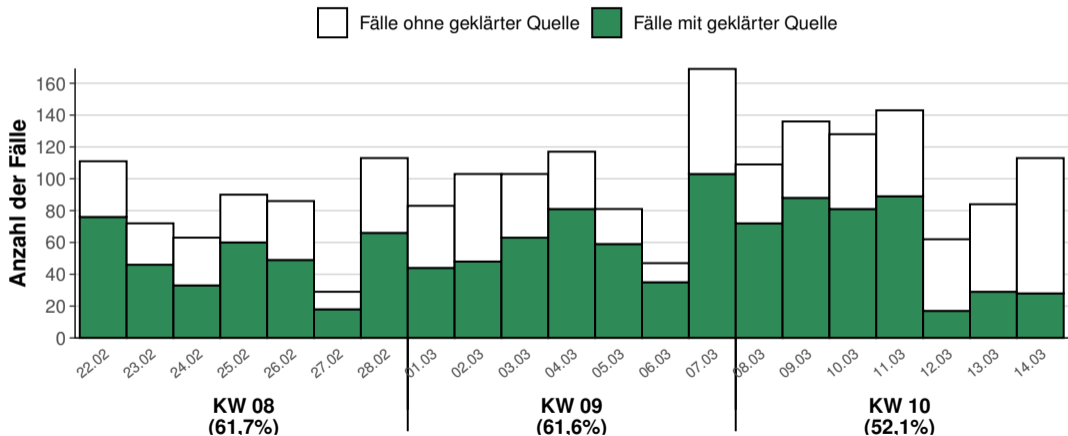
	05	06	07	08	09	10
Fälle ¹ Burgenland (N)	282	321	417	564	703	775
Anteil asymptomatisch	44,7%	36,4%	33,8%	30,7%	34,3%	35,1%
Fälle asymptomatisch (n)	126	117	141	173	241	272
Fälle ungeklärt ² (n)	104	118	164	216	270	371
Indexfälle ³ (n)	51	77	88	111	119	53
Anteil geklärt	63,1%	63,2%	60,7%	61,7%	61,6%	52,1%
Fälle geklärt ⁴ (n)	178	203	253	348	433	404
Clusterfälle ⁵ (n)	214	274	320	414	502	413
sporadisch importierte Fälle (n)	4	1	1	2	2	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	163	197	231	302	378	358
Haushalt	57,7%	62,4%	61,9%	62,6%	63,0%	77,4%
Freizeit	17,8%	21,3%	22,9%	23,8%	20,1%	17,0%
Gesundheit-Sozial	20,2%	9,1%	8,2%	3,0%	0,8%	0,8%
Arbeit	4,3%	5,1%	3,5%	4,3%	4,2%	1,7%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	0,0%	0,5%	1,7%	6,0%	11,9%	2,8%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	0,0%	0,5%	1,3%	0,3%	0,0%	0,3%
Haushalt (n)	94	123	143	189	238	277
Bildung (n)	0	1	4	18	45	10
Gesundheit-Sozial (n)	33	18	19	9	3	3
Reise (n)	0	1	3	1	0	1

Burgenland: Phase IV 01.09.2020 – 17.03.2021

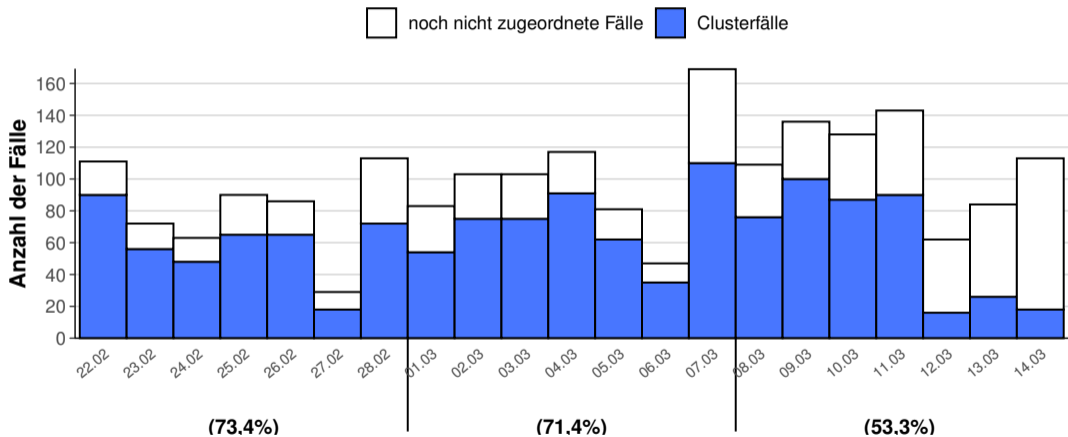
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



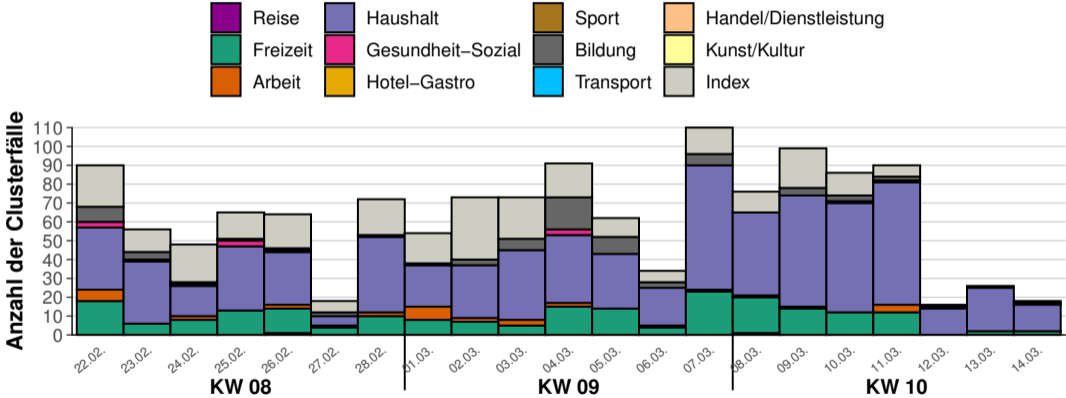
Burgenland: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Epidemiologische Parameter I

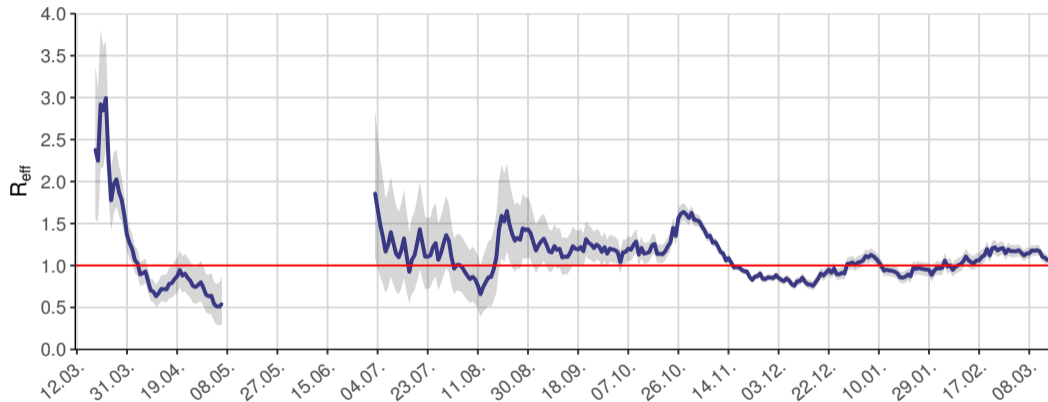


Abbildung 7: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 16.03. und 17.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Burgenland)

Burgenland: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 5: Schätzwerte des R_{eff} vom 06.03. bis zum 15.03.. (Burgenland)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
06.03.	1,12	(1,05 - 1,19)
07.03.	1,14	(1,08 - 1,21)
08.03.	1,14	(1,08 - 1,21)
09.03.	1,18	(1,12 - 1,24)
10.03.	1,17	(1,11 - 1,24)
11.03.	1,18	(1,12 - 1,25)
12.03.	1,17	(1,11 - 1,23)
13.03.	1,10	(1,04 - 1,16)
14.03.	1,09	(1,03 - 1,15)
15.03.	1,06	(1,00 - 1,11)

Burgenland: Altersverteilung II

Tabelle 6: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

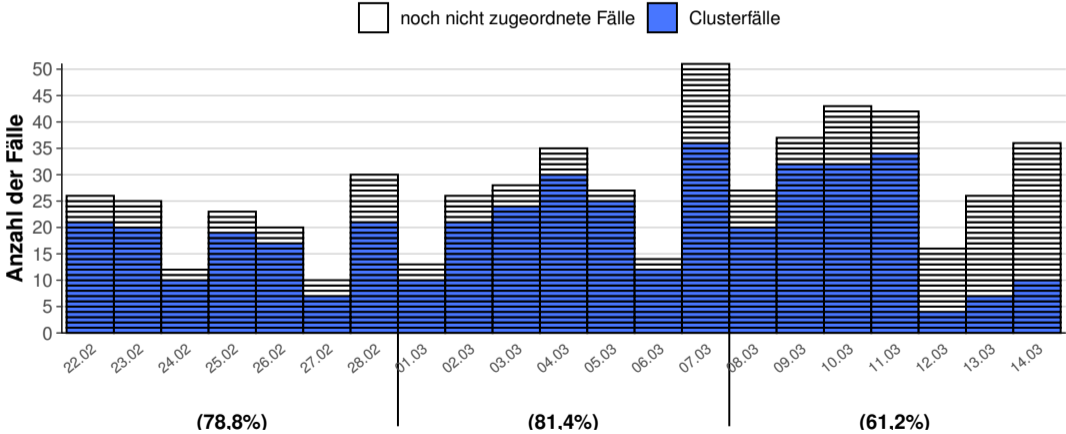
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 03	303	18	45.0	70.0
KW 04	260	14	43.2	71.0
KW 05	282	17	47.5	80.0
KW 06	321	19	46.0	70.0
KW 07	417	15	43.1	72.0
KW 08	564	14	40.5	68.7
KW 09	703	10	39.9	68.0
KW 10	775	10	39.2	66.0

Burgenland: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 09, KW 10)

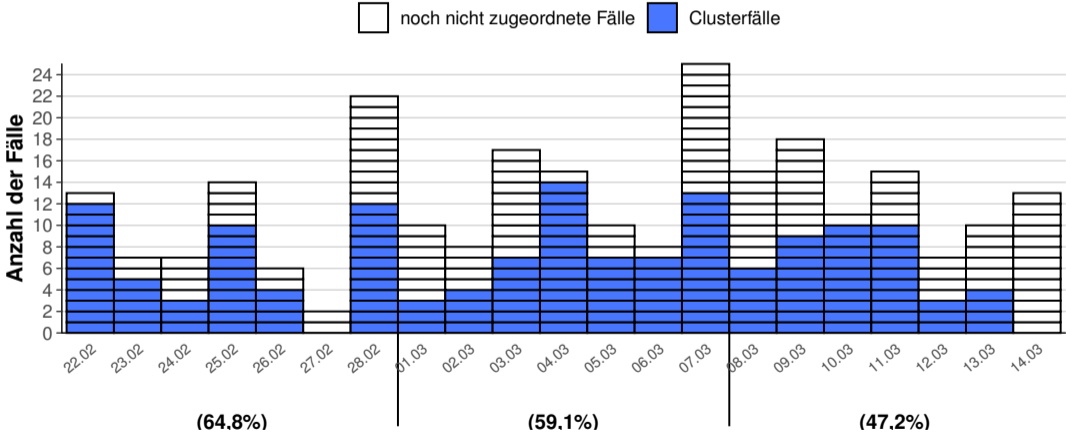
Tabelle 7: Verteilung der Infektionsfälle (KW 07 - KW 10 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 07							KW 08							KW 09							KW 10						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5	2	16,7	6	50,0	4	33,3	12	9	32,1	16	57,1	3	10,7	28	4	12,5	18	56,2	10	31,2	32
6-9	3	16,7	10	55,6	5	27,8	18	5	19,2	10	38,5	11	42,3	26	10	27,0	23	62,2	4	10,8	37	2	5,7	25	71,4	8	22,9	35
10-14	5	27,8	7	38,9	6	33,3	18	6	27,3	8	36,4	8	36,4	22	12	35,3	14	41,2	8	23,5	34	14	29,2	20	41,7	14	29,2	48
15-19	3	25,0	5	41,7	4	33,3	12	4	12,9	12	38,7	15	48,4	31	22	42,3	14	26,9	16	30,8	52	21	38,2	15	27,3	19	34,5	55
20-24	12	37,5	11	34,4	9	28,1	32	25	45,5	13	23,6	17	30,9	55	21	48,8	11	25,6	11	25,6	43	22	38,6	14	24,6	21	36,8	57
Total	25	29,4	35	41,2	25	29,4	85	42	28,8	49	33,6	55	37,7	146	74	38,1	78	40,2	42	21,6	194	63	27,8	92	40,5	72	31,7	227

Burgenland: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Burgenland: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Kärnten: Zeitlicher Verlauf bis 17.03.2021

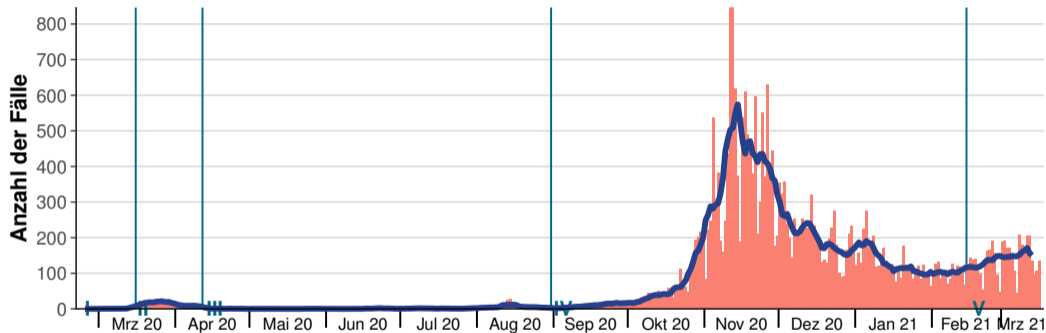


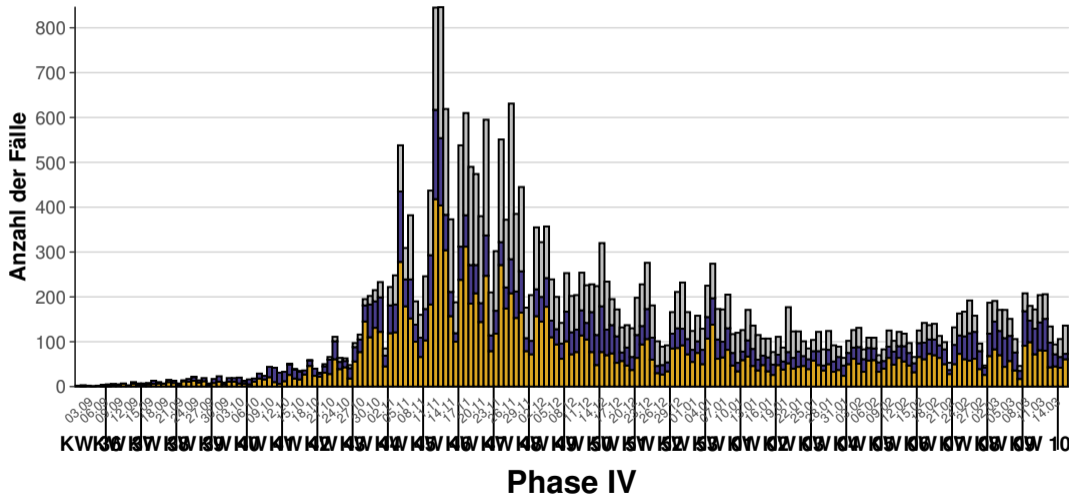
Abbildung 9: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Kärnten: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

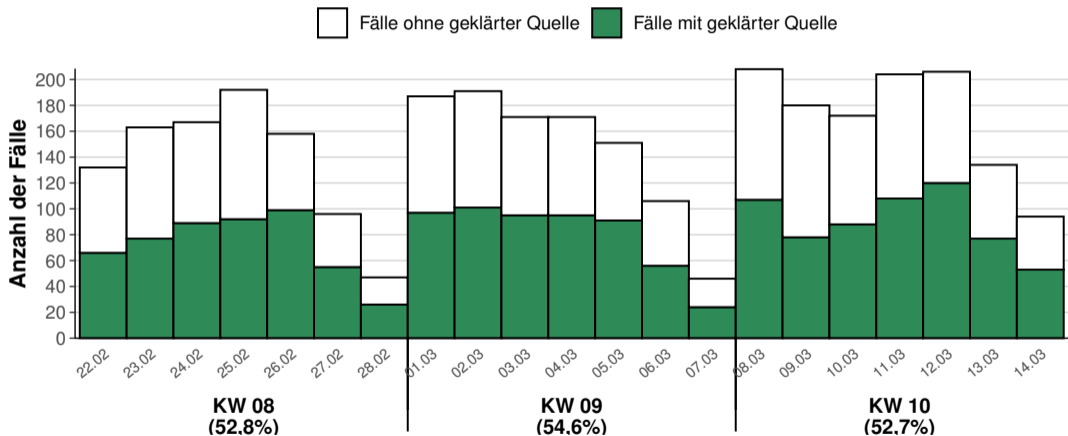
	05	06	07	08	09	10
Fälle ¹ Kärnten (N)	730	713	809	955	1.023	1.198
Anteil asymptomatisch	26,0%	25,1%	25,3%	32,7%	33,6%	33,1%
Fälle asymptomatisch (n)	190	179	205	312	344	397
Fälle ungeklärt ² (n)	313	281	320	451	464	567
Indexfälle ³ (n)	160	161	196	237	222	215
Anteil geklärt	57,1%	60,6%	60,4%	52,8%	54,6%	52,7%
Fälle geklärt ⁴ (n)	417	432	489	504	559	631
Clusterfälle ⁵ (n)	546	562	653	703	753	798
sporadisch importierte Fälle (n)	0	0	3	3	2	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	386	398	456	463	526	579
Haushalt	73,6%	71,6%	77,6%	81,9%	80,6%	85,5%
Freizeit	10,9%	11,8%	10,1%	8,0%	8,6%	7,4%
Gesundheit-Sozial	2,1%	2,3%	3,1%	1,5%	4,0%	1,2%
Arbeit	4,9%	11,3%	5,9%	3,0%	2,1%	2,6%
Hotel-Gastro	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	4,9%	1,3%	1,5%	5,2%	4,4%	2,6%
Transport	0,3%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	0,0%	0,3%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%
Haushalt (n)	284	285	354	379	424	495
Bildung (n)	19	5	7	24	23	15
Gesundheit-Sozial (n)	8	9	14	7	21	7
Reise (n)	0	1	2	1	0	0

Kärnten: Phase IV 01.09.2020 – 17.03.2021

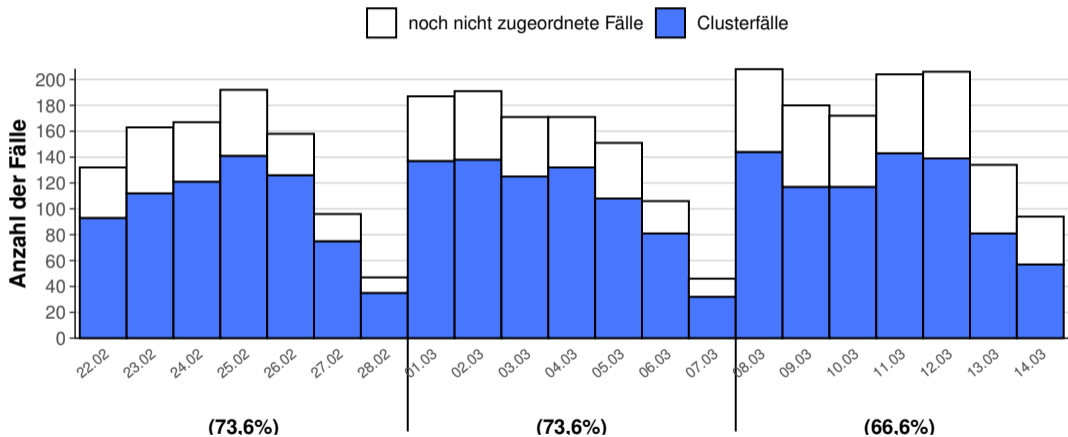
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Kärnten: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Epidemiologische Parameter I



Abbildung 10: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 16.03. und 17.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Kärnten)

Kärnten: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 8: Schätzwerte des R_{eff} vom 06.03. bis zum 15.03.. (Kärnten)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
06.03.	1,11	(1,07 - 1,16)
07.03.	1,04	(0,99 - 1,09)
08.03.	1,05	(1,00 - 1,09)
09.03.	1,04	(0,99 - 1,09)
10.03.	1,02	(0,97 - 1,07)
11.03.	1,04	(0,99 - 1,08)
12.03.	1,09	(1,04 - 1,14)
13.03.	1,12	(1,07 - 1,17)
14.03.	1,05	(1,01 - 1,10)
15.03.	0,99	(0,95 - 1,03)

Kärnten: Altersverteilung II

Tabelle 9: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

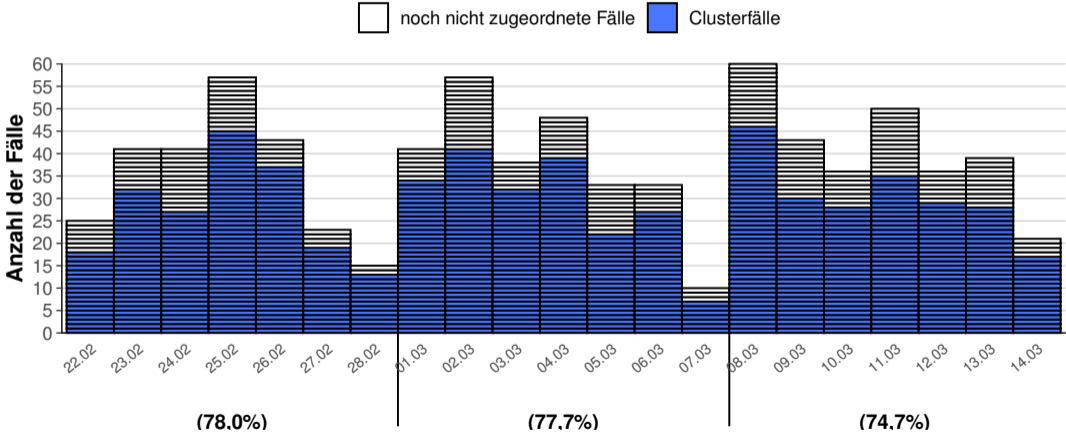
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 03	807	19	47.5	81.0
KW 04	678	20	48.8	80.0
KW 05	730	17	44.3	73.0
KW 06	713	16	44.2	73.8
KW 07	809	14	44.2	75.2
KW 08	955	15	42.4	71.0
KW 09	1.023	14	42.5	72.0
KW 10	1.198	14	41.3	68.3

Kärnten: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 09, KW 10)

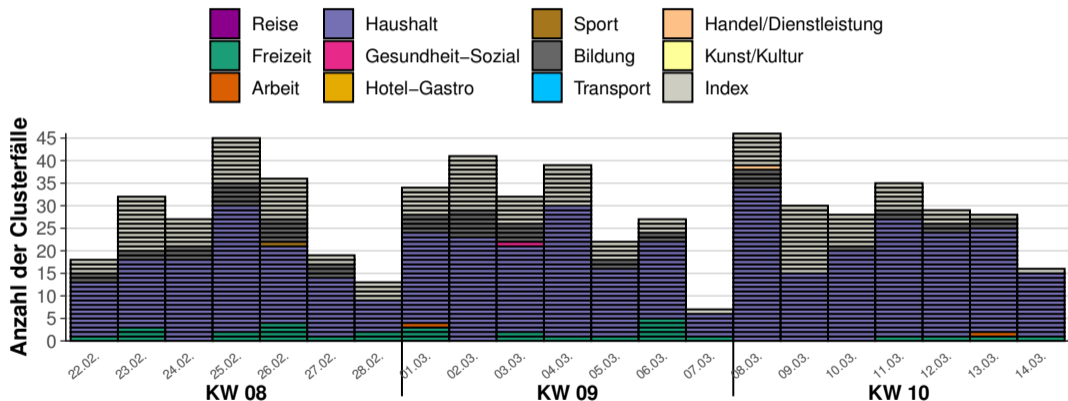
Tabelle 10: Verteilung der Infektionsfälle (KW 07 - KW 10 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 07							KW 08							KW 09							KW 10						
	klinische Manifestation							klinische Manifestation							klinische Manifestation							klinische Manifestation						
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	2	22,2	7	77,8	0	0,0	9	3	23,1	10	76,9	0	0,0	13	5	35,7	6	42,9	3	21,4	14	8	29,6	14	51,9	5	18,5	27
6-9	14	38,9	18	50,0	4	11,1	36	5	16,1	21	67,7	5	16,1	31	9	21,4	27	64,3	6	14,3	42	17	37,0	27	58,7	2	4,3	46
10-14	16	34,8	21	45,7	9	19,6	46	15	30,6	23	46,9	11	22,4	49	4	7,3	37	67,3	14	25,5	55	10	18,9	34	64,2	9	17,0	53
15-19	22	48,9	14	31,1	9	20,0	45	22	25,6	33	38,4	31	36,0	86	21	23,1	46	50,5	24	26,4	91	38	33,3	57	50,0	19	16,7	114
20-24	29	60,4	8	16,7	11	22,9	48	18	27,3	17	25,8	31	47,0	66	24	41,4	14	24,1	20	34,5	58	20	44,4	17	37,8	8	17,8	45
Total	83	45,1	68	37,0	33	17,9	184	63	25,7	104	42,4	78	31,8	245	63	24,2	130	50,0	67	25,8	260	93	32,6	149	52,3	43	15,1	285

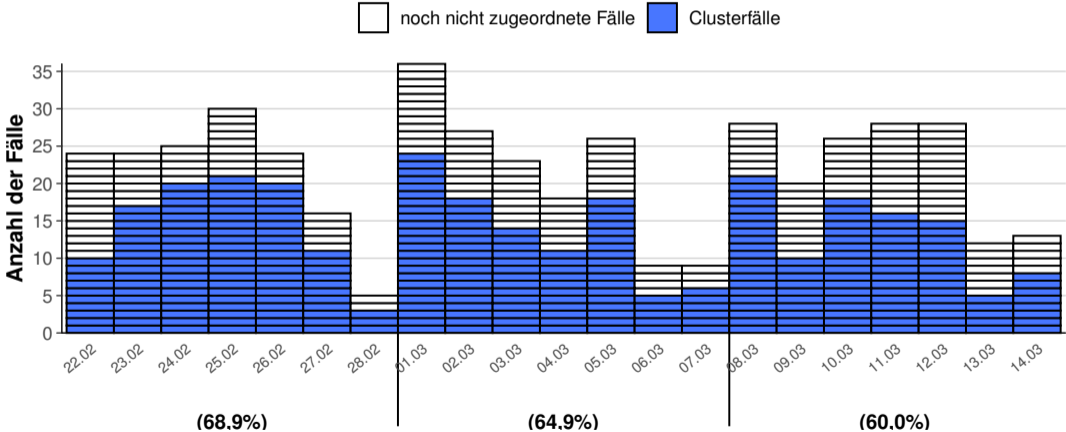
Kärnten: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



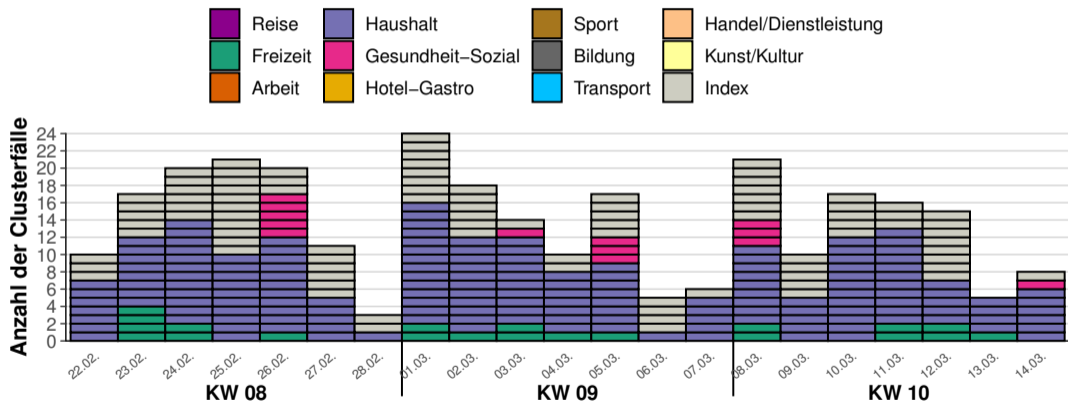
Kärnten: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 17.03.2021

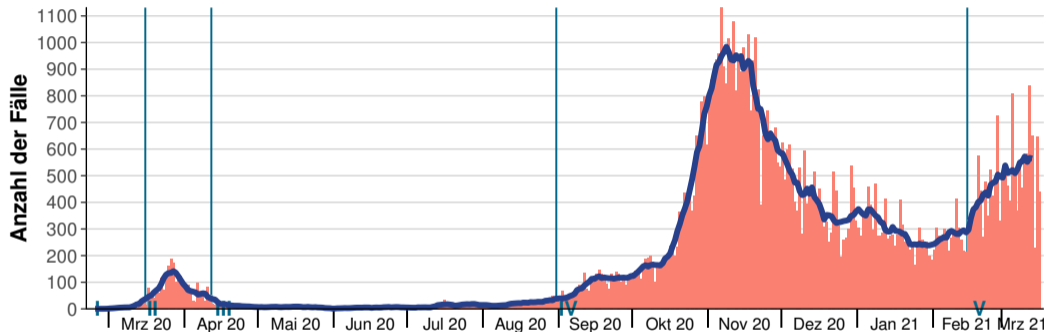


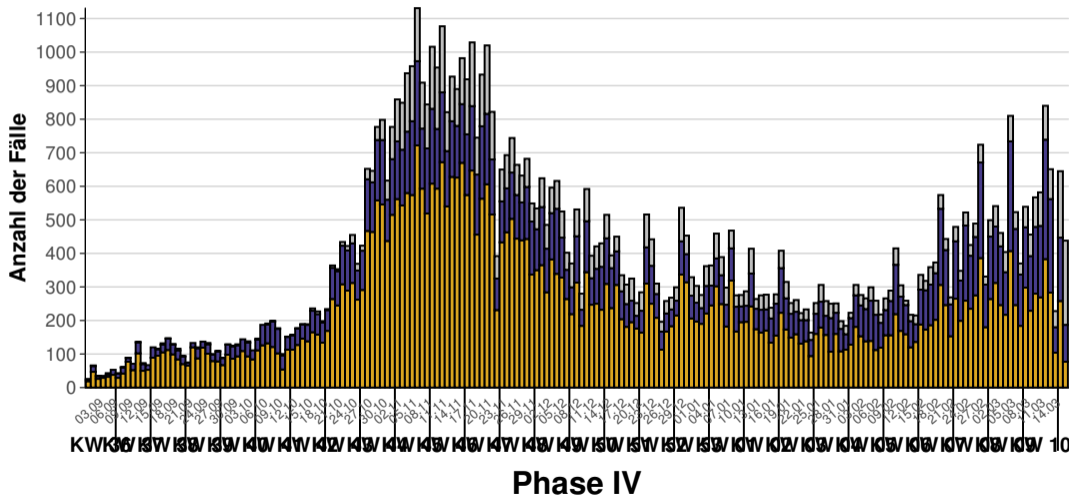
Abbildung 12: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Niederösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

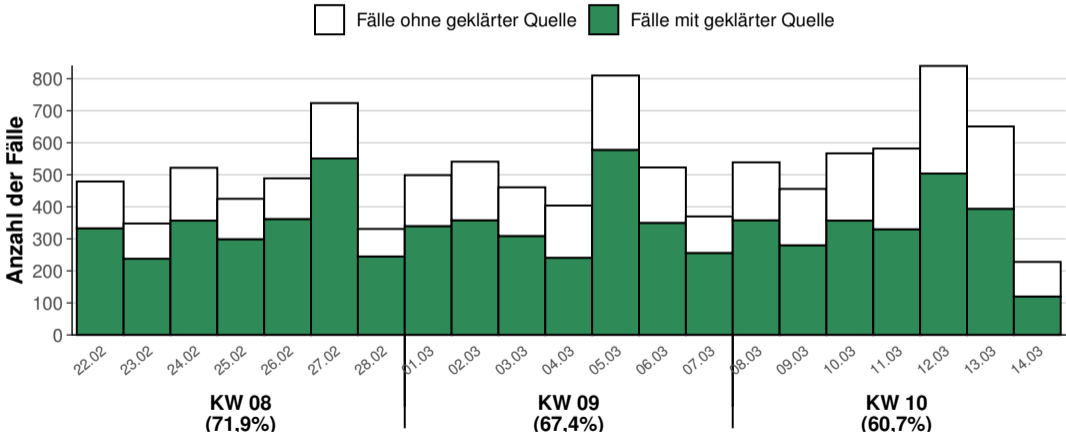
	05	06	07	08	09	10
Fälle ¹ Niederösterreich (N)	1.847	1.966	2.672	3.318	3.608	3.863
Anteil asymptomatisch	35,7%	32,8%	36,2%	37,9%	37,8%	37,9%
Fälle asymptomatisch (n)	660	644	967	1.259	1.363	1.466
Fälle ungeklärt ² (n)	532	585	742	933	1.176	1.520
Indexfälle ³ (n)	328	399	459	571	674	455
Anteil geklärt	71,2%	70,2%	72,2%	71,9%	67,4%	60,7%
Fälle geklärt ⁴ (n)	1.315	1.381	1.930	2.385	2.432	2.343
Clusterfälle ⁵ (n)	1.577	1.701	2.275	2.782	2.962	2.607
sporadisch importierte Fälle (n)	7	13	18	22	17	19
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	1.249	1.300	1.812	2.205	2.276	2.143
Haushalt	56,0%	62,2%	59,2%	62,4%	66,4%	69,5%
Freizeit	17,1%	17,5%	17,0%	15,7%	14,9%	14,0%
Gesundheit-Sozial	13,4%	8,9%	7,3%	3,6%	3,2%	1,8%
Arbeit	11,0%	7,2%	6,4%	6,1%	5,8%	6,0%
Hotel-Gastro	0,4%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%
Bildung	1,1%	2,1%	7,3%	10,7%	8,0%	7,4%
Transport	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%
Reise	0,5%	0,2%	0,8%	0,5%	0,5%	0,4%
Haushalt (n)	700	809	1.073	1.375	1.512	1.490
Bildung (n)	14	27	132	236	182	158
Gesundheit-Sozial (n)	167	116	133	80	72	38
Reise (n)	6	3	15	10	12	9

Niederösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 17.03.2021

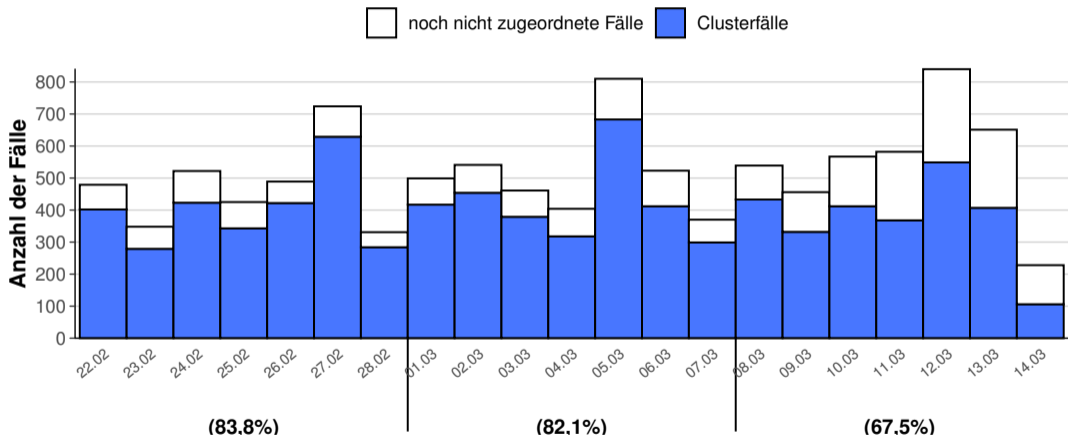
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



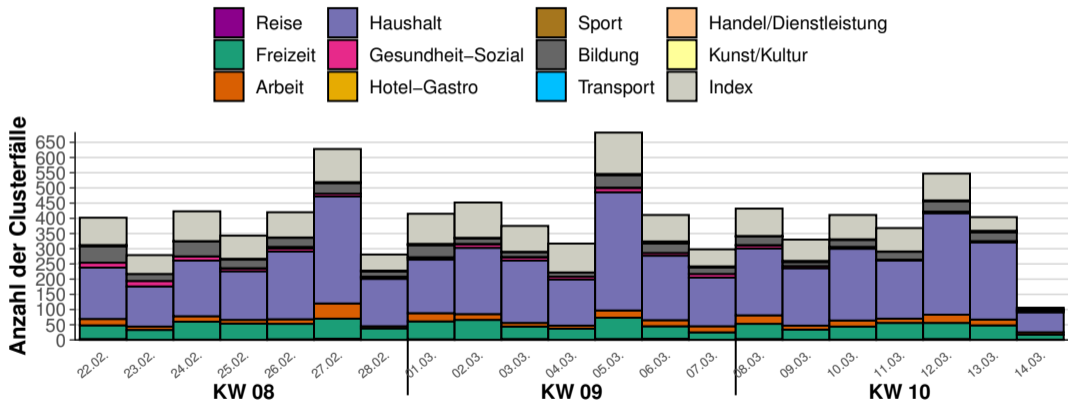
Niederösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Epidemiologische Parameter I

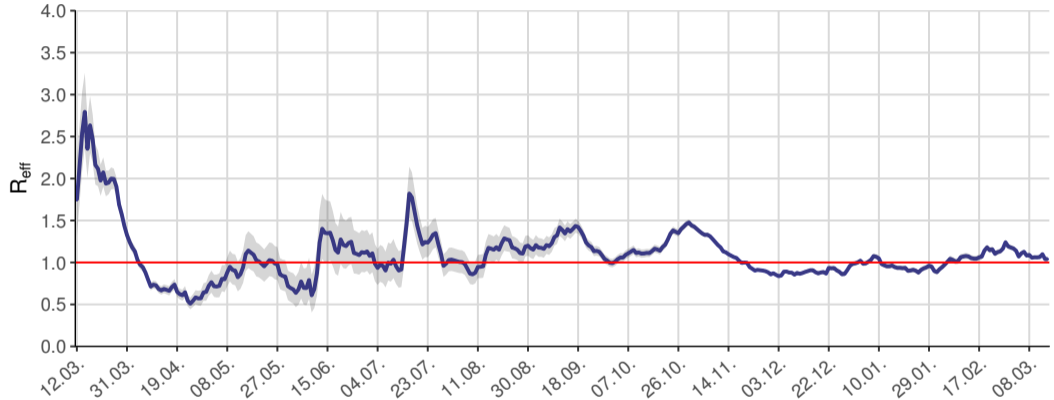


Abbildung 13: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 16.03. und 17.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Niederösterreich)

Niederösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 11: Schätzwerte des R_{eff} vom 06.03. bis zum 15.03.. (Niederösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
06.03.	1,13	(1,10 - 1,15)
07.03.	1,08	(1,06 - 1,11)
08.03.	1,09	(1,06 - 1,12)
09.03.	1,06	(1,03 - 1,08)
10.03.	1,06	(1,04 - 1,09)
11.03.	1,06	(1,04 - 1,09)
12.03.	1,06	(1,04 - 1,09)
13.03.	1,10	(1,07 - 1,12)
14.03.	1,04	(1,02 - 1,06)
15.03.	1,04	(1,02 - 1,06)

Niederösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 12: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

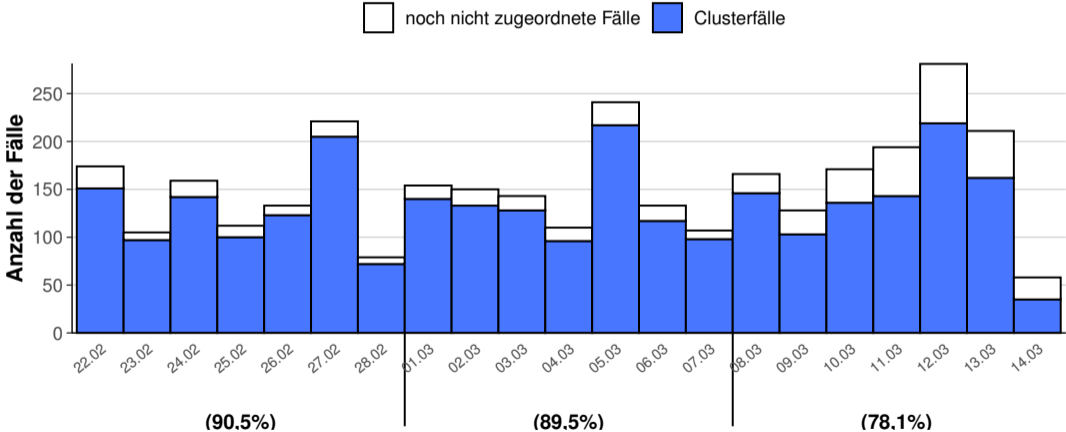
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 03	1.855	16	44.6	78.0
KW 04	1.699	18	46.6	79.0
KW 05	1.847	16	44.0	73.4
KW 06	1.966	14	41.9	70.0
KW 07	2.672	10	40.4	70.0
KW 08	3.318	9	38.4	67.0
KW 09	3.608	10	38.6	66.0
KW 10	3.863	11	37.9	64.0

Niederösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 09, KW 10)

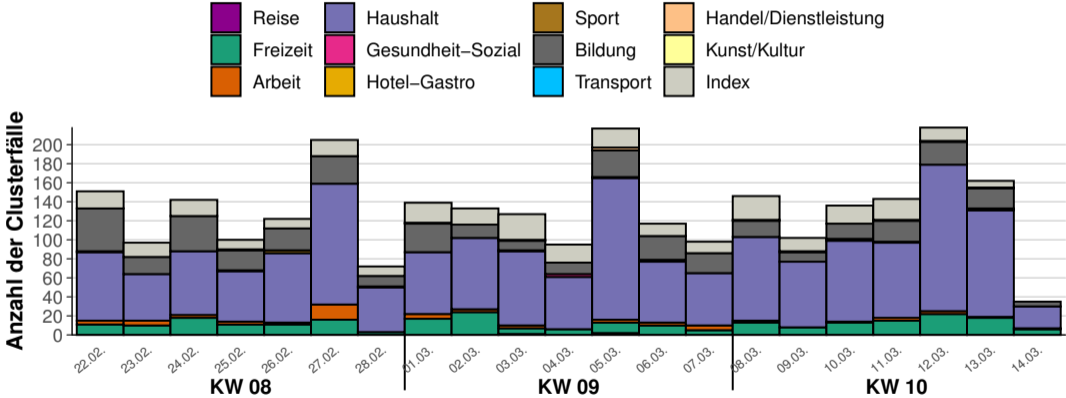
Tabelle 13: Verteilung der Infektionsfälle (KW 07 - KW 10 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 07								KW 08								KW 09								KW 10							
	klinische Manifestation								klinische Manifestation								klinische Manifestation								klinische Manifestation							
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total				
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%		
<6	32	39,0	43	52,4	7	8,5	82	47	39,2	68	56,7	5	4,2	120	36	33,0	64	58,7	9	8,3	109	30	33,3	54	60,0	6	6,7	90				
6-9	61	38,1	89	55,6	10	6,2	160	91	38,7	127	54,0	17	7,2	235	71	34,0	129	61,7	9	4,3	209	53	24,2	139	63,5	27	12,3	219				
10-14	72	42,9	85	50,6	11	6,5	168	83	37,9	115	52,5	21	9,6	219	91	36,1	138	54,8	23	9,1	252	93	33,0	151	53,5	38	13,5	282				
15-19	100	54,6	64	35,0	19	10,4	183	121	51,7	90	38,5	23	9,8	234	130	52,0	104	41,6	16	6,4	250	150	46,6	136	42,2	36	11,2	322				
20-24	86	54,1	52	32,7	21	13,2	159	98	56,0	65	37,1	12	6,9	175	116	53,2	76	34,9	26	11,9	218	145	49,0	94	31,8	57	19,3	296				
Total	351	46,7	333	44,3	68	9,0	752	440	44,8	465	47,3	78	7,9	983	444	42,8	511	49,2	83	8,0	1038	471	39,0	574	47,5	164	13,6	1209				

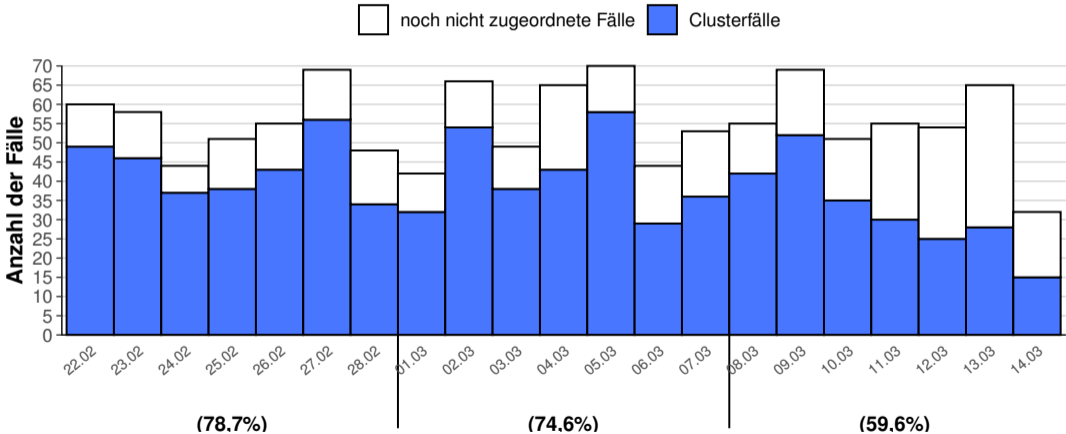
Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



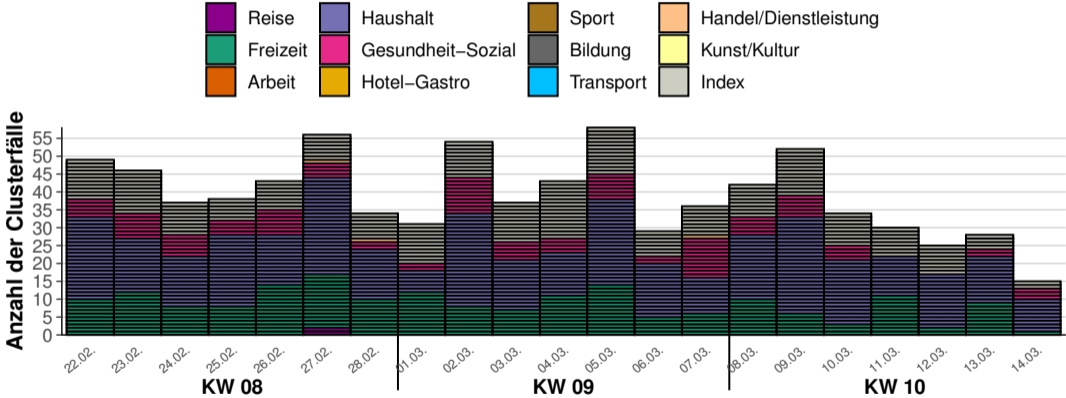
Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 17.03.2021

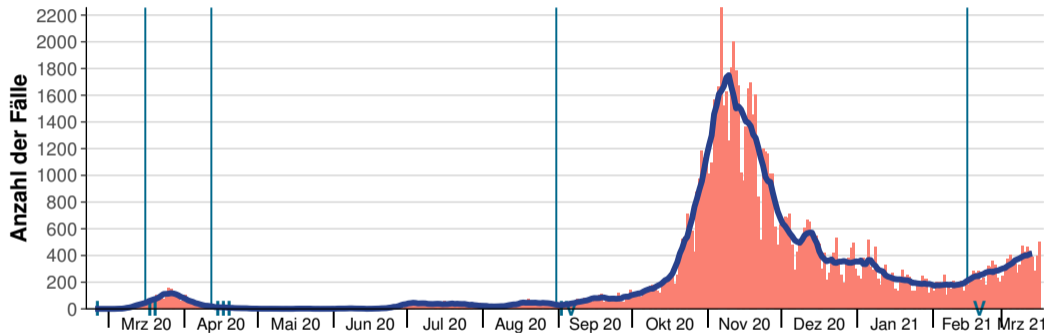


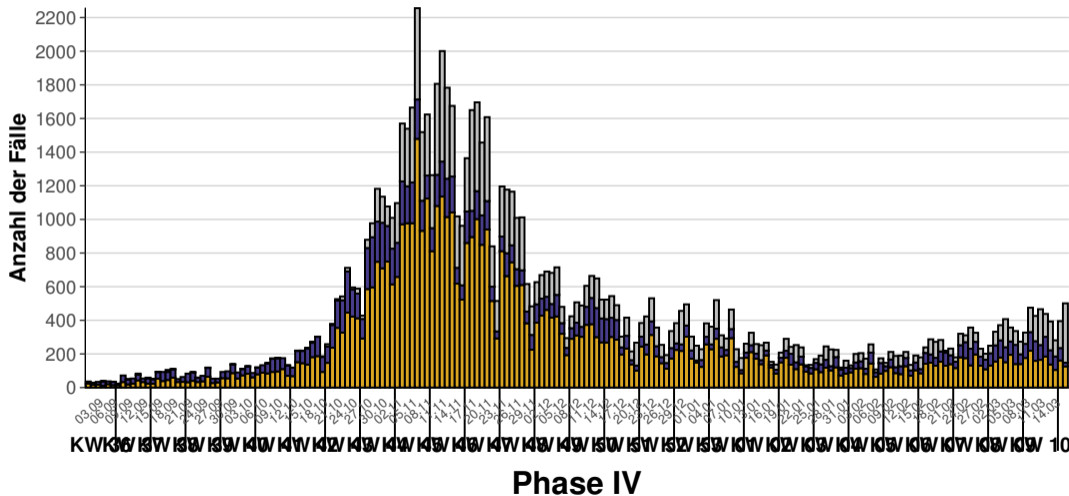
Abbildung 15: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Oberösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

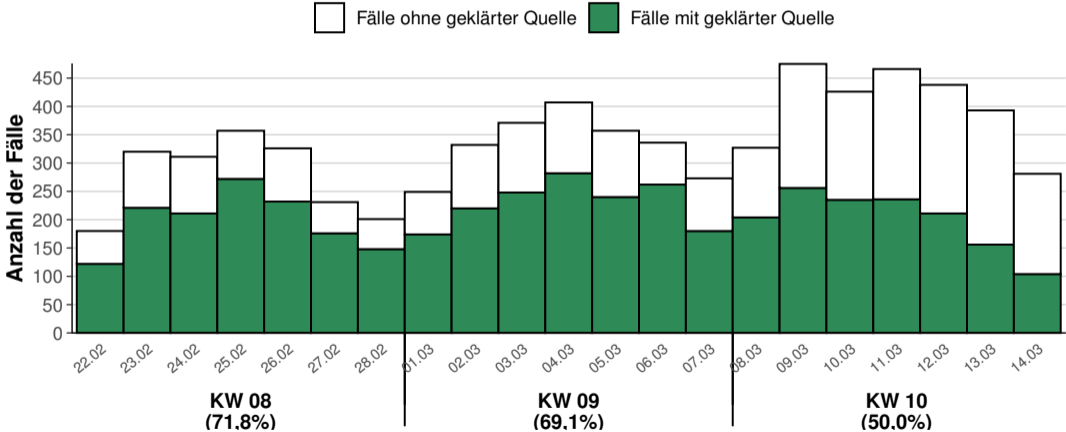
	05	06	07	08	09	10
Fälle ¹ Oberösterreich (N)	1.248	1.275	1.712	1.926	2.325	2.806
Anteil asymptomatisch	23,2%	22,1%	22,0%	25,4%	26,3%	24,3%
Fälle asymptomatisch (n)	290	282	376	490	611	682
Fälle ungeklärt ² (n)	409	457	523	544	719	1.404
Indexfälle ³ (n)	270	288	353	342	415	247
Anteil geklärt	67,2%	64,2%	69,5%	71,8%	69,1%	50,0%
Fälle geklärt ⁴ (n)	839	818	1.189	1.382	1.606	1.402
Clusterfälle ⁵ (n)	1.010	1.047	1.431	1.630	1.922	1.529
sporadisch importierte Fälle (n)	11	6	4	9	9	2
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	736	759	1.073	1.281	1.499	1.274
Haushalt	68,5%	72,9%	66,6%	59,3%	63,2%	72,4%
Freizeit	14,5%	12,6%	15,8%	18,3%	16,3%	13,6%
Gesundheit-Sozial	3,8%	2,9%	0,5%	3,1%	1,4%	1,4%
Arbeit	8,6%	7,1%	11,3%	11,6%	9,9%	5,4%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%
Bildung	2,9%	1,3%	2,7%	5,0%	6,2%	6,3%
Transport	0,8%	0,1%	0,3%	0,2%	0,3%	0,1%
Reise	0,3%	1,8%	0,8%	0,9%	0,3%	0,1%
Haushalt (n)	504	553	715	759	948	922
Bildung (n)	21	10	29	64	93	80
Gesundheit-Sozial (n)	28	22	5	40	21	18
Reise (n)	2	14	9	12	5	1

Oberösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 17.03.2021

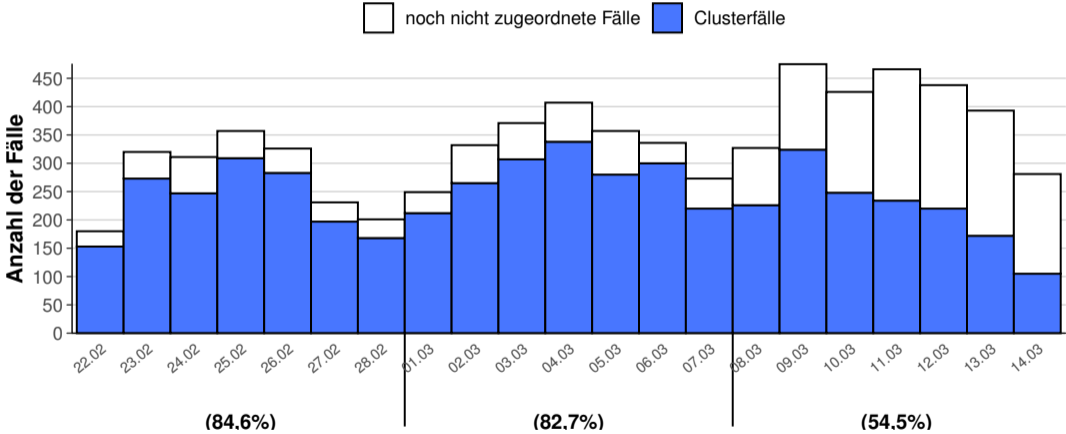
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Oberösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Epidemiologische Parameter I

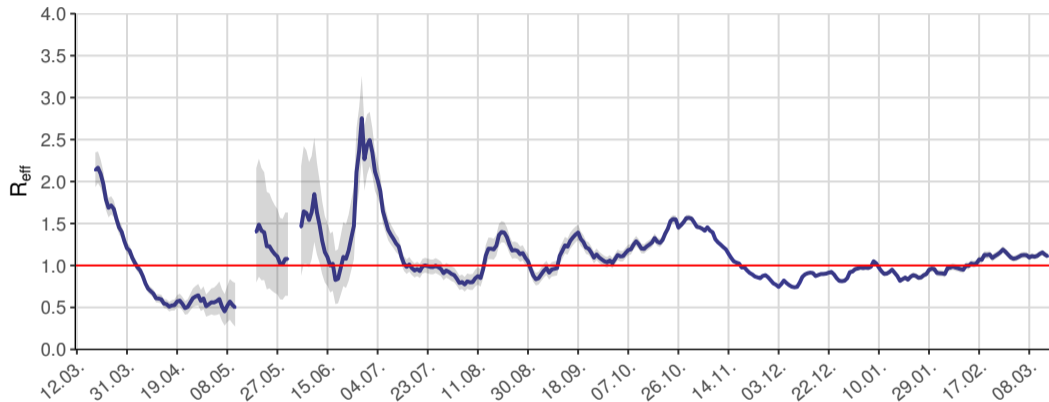


Abbildung 16: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 16.03. und 17.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Oberösterreich)

Oberösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 14: Schätzwerte des R_{eff} vom 06.03. bis zum 15.03.. (Oberösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
06.03.	1,12	(1,09 - 1,16)
07.03.	1,12	(1,09 - 1,16)
08.03.	1,10	(1,06 - 1,13)
09.03.	1,11	(1,08 - 1,15)
10.03.	1,10	(1,07 - 1,14)
11.03.	1,11	(1,08 - 1,15)
12.03.	1,14	(1,11 - 1,17)
13.03.	1,15	(1,12 - 1,19)
14.03.	1,13	(1,10 - 1,16)
15.03.	1,11	(1,08 - 1,14)

Oberösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 15: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

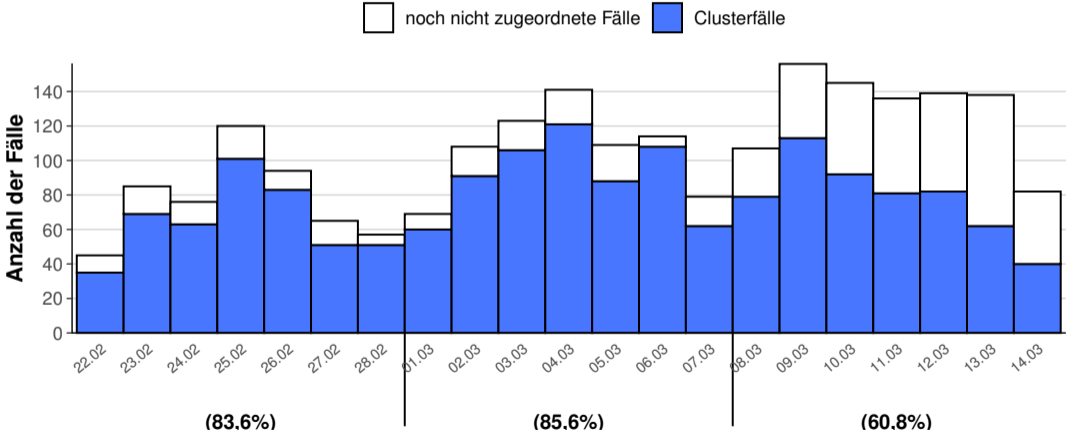
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 03	1.500	17.0	43.8	73
KW 04	1.334	16.3	43.3	72
KW 05	1.248	16.0	41.8	70
KW 06	1.275	16.0	41.1	66
KW 07	1.712	14.0	38.6	64
KW 08	1.926	12.0	38.3	64
KW 09	2.325	11.0	37.1	63
KW 10	2.806	11.0	37.8	67

Oberösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 09, KW 10)

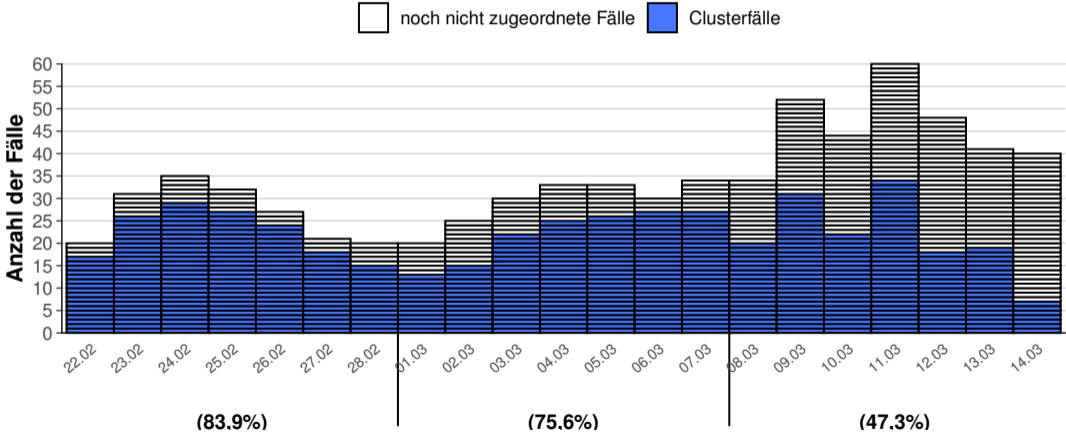
Tabelle 16: Verteilung der Infektionsfälle (KW 07 - KW 10 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 07							KW 08							KW 09							KW 10							
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<6	16	61,5	7	26,9	3	11,5	26	11	34,4	14	43,8	7	21,9	32	21	42,0	22	44,0	7	14,0	50	30	44,8	25	37,3	12	17,9	67	
6-9	25	38,5	27	41,5	13	20,0	65	30	34,5	42	48,3	15	17,2	87	46	36,8	60	48,0	19	15,2	125	32	18,9	69	40,8	68	40,2	169	
10-14	24	25,3	45	47,4	26	27,4	95	45	33,8	51	38,3	37	27,8	133	52	29,2	83	46,6	43	24,2	178	52	27,1	70	36,5	70	36,5	192	
15-19	60	50,8	23	19,5	35	29,7	118	67	54,9	30	24,6	25	20,5	122	85	39,9	55	25,8	73	34,3	213	98	36,3	78	28,9	94	34,8	270	
20-24	94	61,0	19	12,3	41	26,6	154	89	53,0	50	29,8	29	17,3	168	73	41,2	43	24,3	61	34,5	177	88	42,9	35	17,1	82	40,0	205	
Total	219	47,8	121	26,4	118	25,8	458	242	44,6	187	34,5	113	20,8	542	277	37,3	263	35,4	203	27,3	743	300	33,2	277	30,7	326	36,1	903	

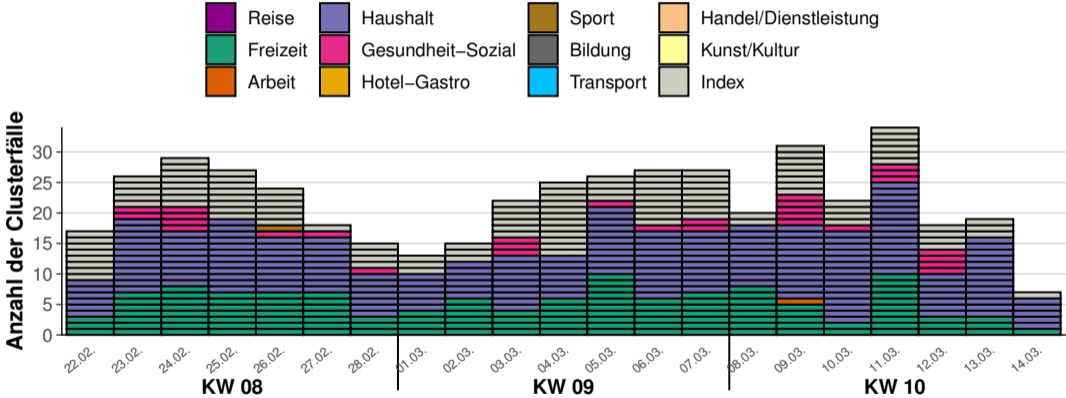
Oberösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Zeitlicher Verlauf bis 17.03.2021

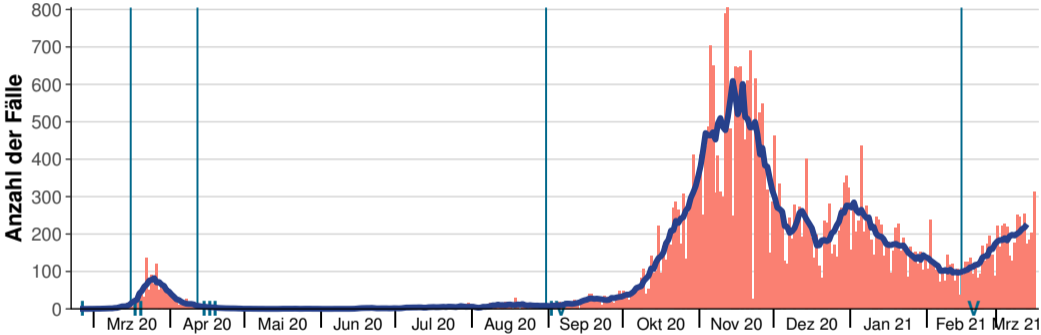


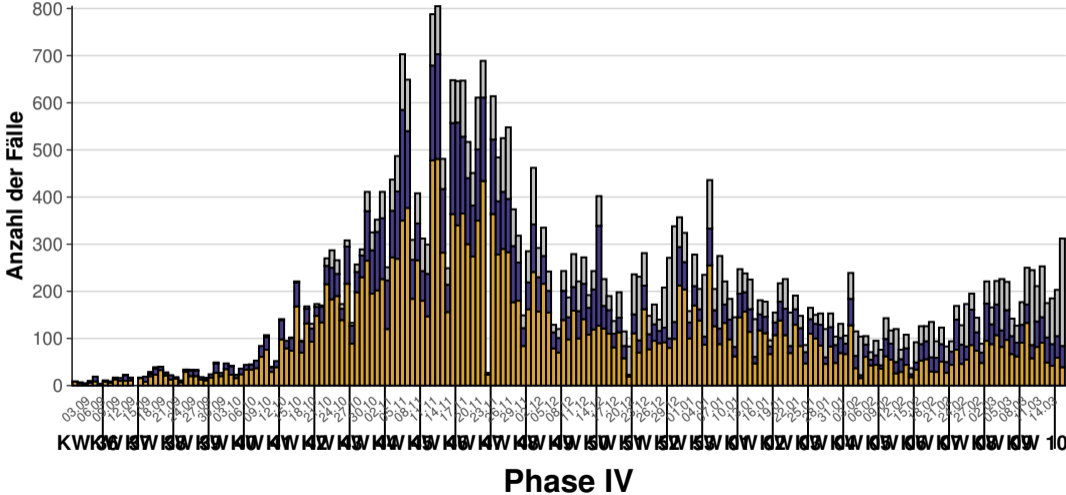
Abbildung 18: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Salzburg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

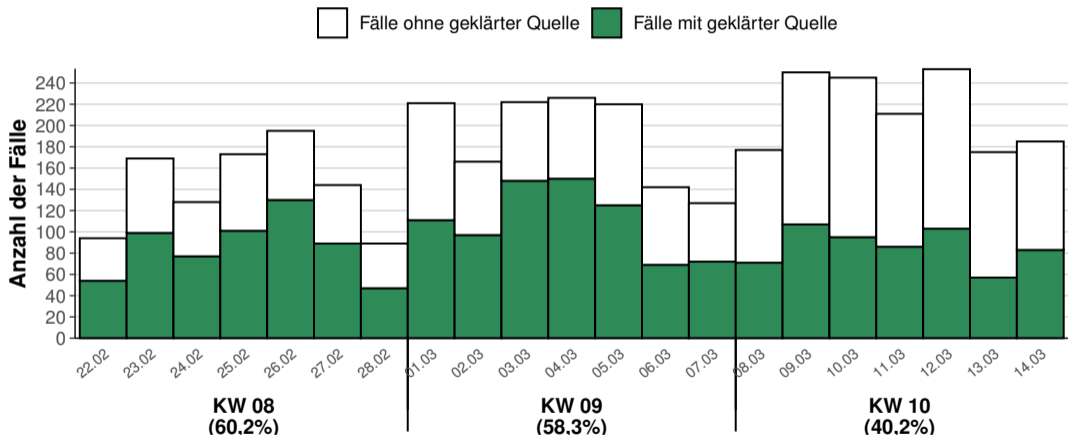
	05	06	07	08	09	10
Fälle ¹ Salzburg (N)	835	677	779	992	1.324	1.496
Anteil asymptomatisch	20,1%	25,1%	26,7%	29,9%	26,5%	20,9%
Fälle asymptomatisch (n)	168	170	208	297	351	312
Fälle ungeklärt ² (n)	311	256	302	395	552	894
Indexfälle ³ (n)	156	142	189	229	279	211
Anteil geklärt	62,8%	62,2%	61,2%	60,2%	58,3%	40,2%
Fälle geklärt ⁴ (n)	524	421	477	597	772	602
Clusterfälle ⁵ (n)	648	525	634	773	976	755
sporadisch importierte Fälle (n)	5	5	3	2	4	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	482	379	443	542	682	534
Haushalt	68,0%	75,5%	74,0%	76,4%	76,1%	79,6%
Freizeit	15,4%	14,0%	10,4%	9,6%	11,1%	13,7%
Gesundheit-Sozial	7,7%	2,9%	2,0%	0,9%	0,6%	0,0%
Arbeit	7,1%	5,8%	9,3%	7,2%	6,7%	1,7%
Hotel-Gastro	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,4%	0,2%
Bildung	1,0%	1,3%	3,2%	4,8%	4,1%	3,4%
Transport	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Reise	0,2%	0,0%	0,9%	0,0%	0,3%	0,2%
Haushalt (n)	328	286	328	414	519	425
Bildung (n)	5	5	14	26	28	18
Gesundheit-Sozial (n)	37	11	9	5	4	0
Reise (n)	1	0	4	0	2	1

Salzburg: Phase IV 01.09.2020 – 17.03.2021

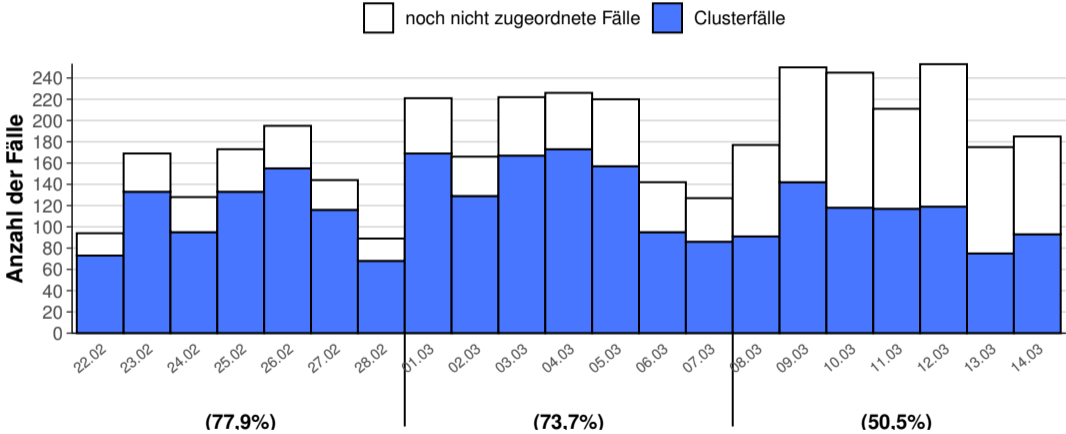
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Salzburg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Epidemiologische Parameter I

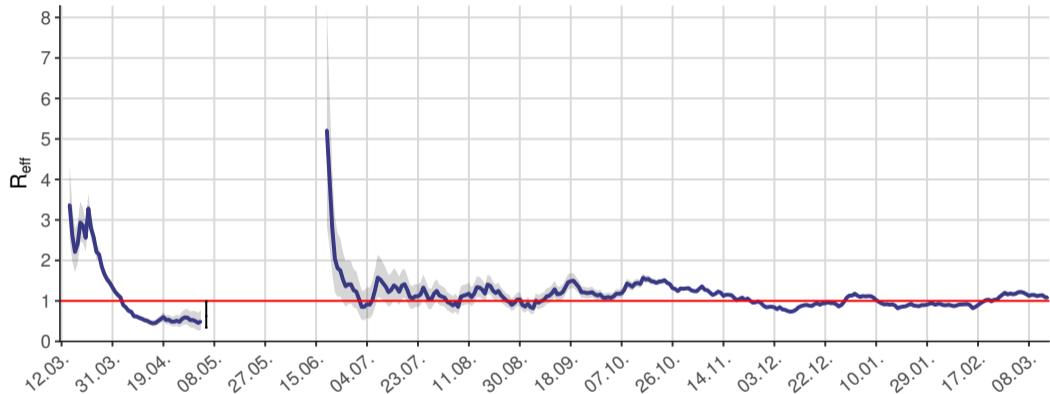


Abbildung 19: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 16.03. und 17.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Salzburg)

Salzburg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 17: Schätzwerte des R_{eff} vom 06.03. bis zum 15.03.. (Salzburg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
06.03.	1,20	(1,15 - 1,25)
07.03.	1,17	(1,12 - 1,22)
08.03.	1,13	(1,08 - 1,17)
09.03.	1,15	(1,10 - 1,19)
10.03.	1,15	(1,10 - 1,19)
11.03.	1,12	(1,07 - 1,16)
12.03.	1,14	(1,09 - 1,18)
13.03.	1,14	(1,10 - 1,18)
14.03.	1,09	(1,05 - 1,14)
15.03.	1,08	(1,04 - 1,12)

Salzburg: Altersverteilung II

Tabelle 18: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

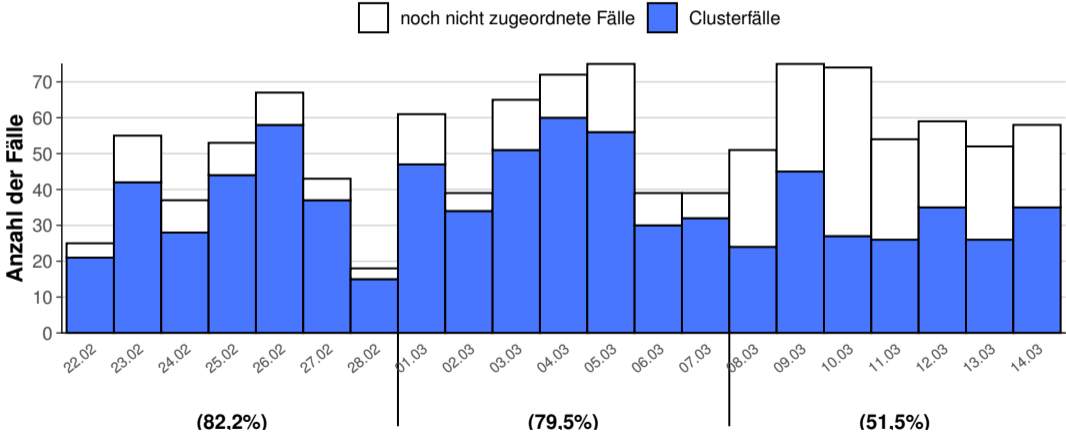
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 03	1.178	17	42.4	74
KW 04	976	16	42.4	73
KW 05	835	16	42.8	72
KW 06	677	15	40.8	72
KW 07	779	13	40.5	71
KW 08	992	12	38.1	63
KW 09	1.324	12	39.2	67
KW 10	1.496	13	38.8	66

Salzburg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 09, KW 10)

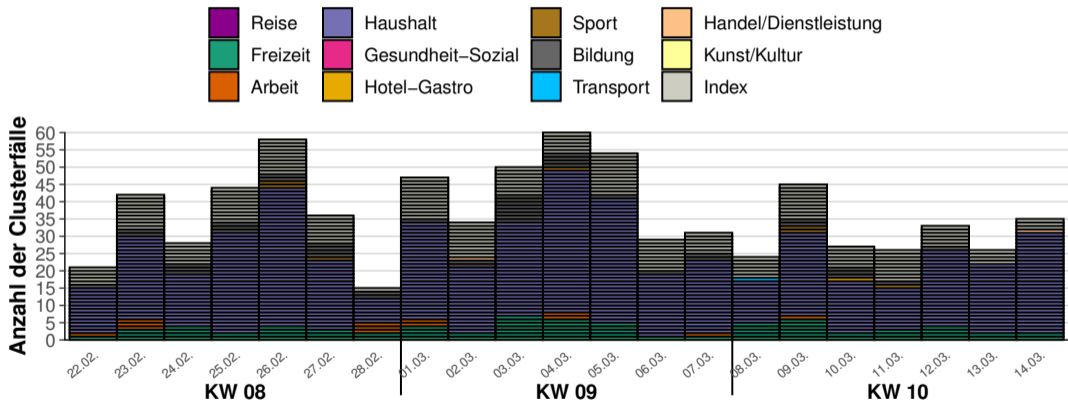
Tabelle 19: Verteilung der Infektionsfälle (KW 07 - KW 10 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 07							KW 08							KW 09							KW 10						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	4	25,0	8	50,0	4	25,0	16	10	35,7	9	32,1	9	32,1	28	9	29,0	14	45,2	8	25,8	31	3	16,7	8	44,4	7	38,9	18
6-9	7	18,9	19	51,4	11	29,7	37	10	26,3	20	52,6	8	21,1	38	17	30,4	25	44,6	14	25,0	56	21	25,9	31	38,3	29	35,8	81
10-14	12	29,3	16	39,0	13	31,7	41	19	31,7	24	40,0	17	28,3	60	23	28,4	37	45,7	21	25,9	81	25	32,1	21	26,9	32	41,0	78
15-19	17	30,9	15	27,3	23	41,8	55	38	42,2	28	31,1	24	26,7	90	53	48,6	28	25,7	28	25,7	109	44	38,6	24	21,1	46	40,4	114
20-24	24	42,1	7	12,3	26	45,6	57	42	51,2	22	26,8	18	22,0	82	57	50,4	24	21,2	32	28,3	113	39	29,5	27	20,5	66	50,0	132
Total	64	31,1	65	31,6	77	37,4	206	119	39,9	103	34,6	76	25,5	298	159	40,8	128	32,8	103	26,4	390	132	31,2	111	26,2	180	42,6	423

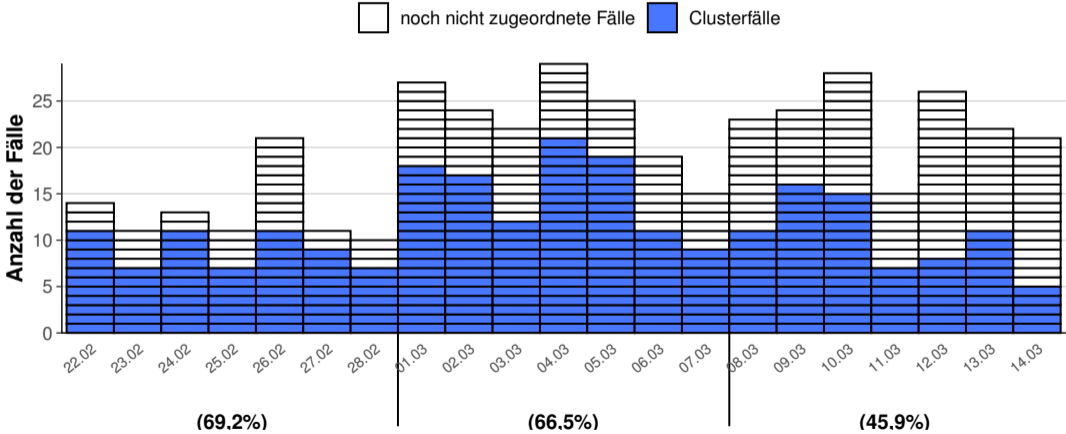
Salzburg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Zeitlicher Verlauf bis 17.03.2021

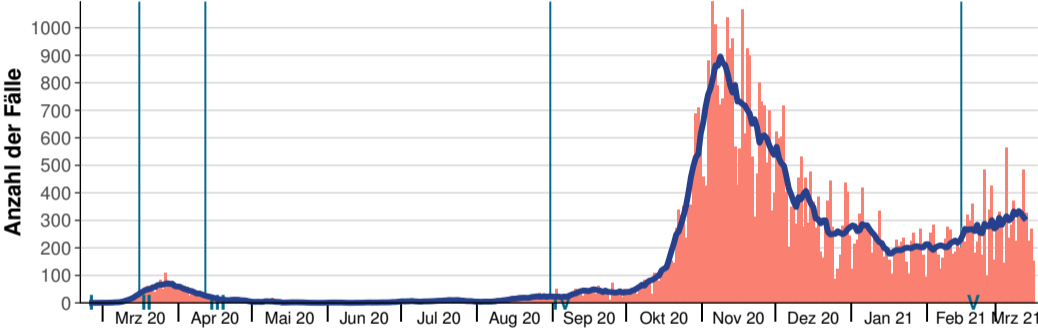


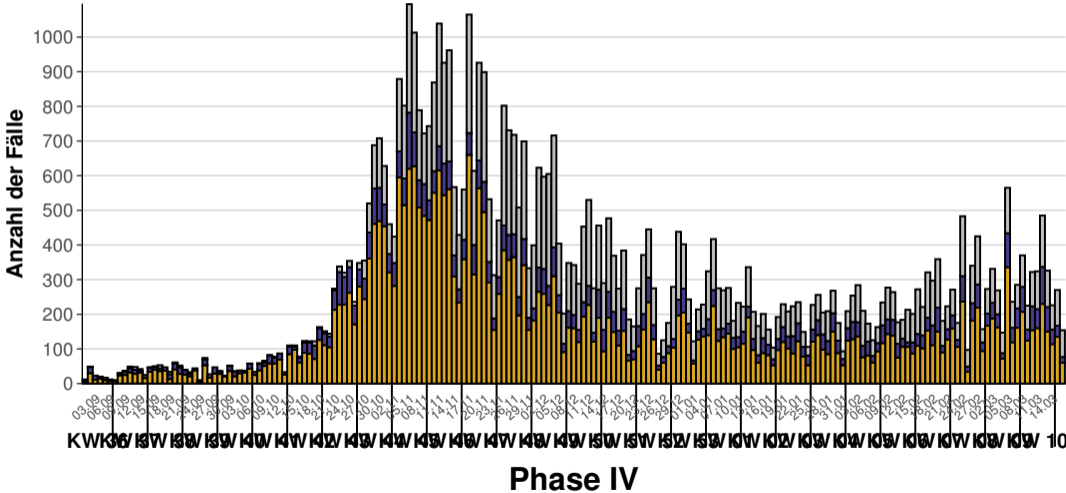
Abbildung 21: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Steiermark: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

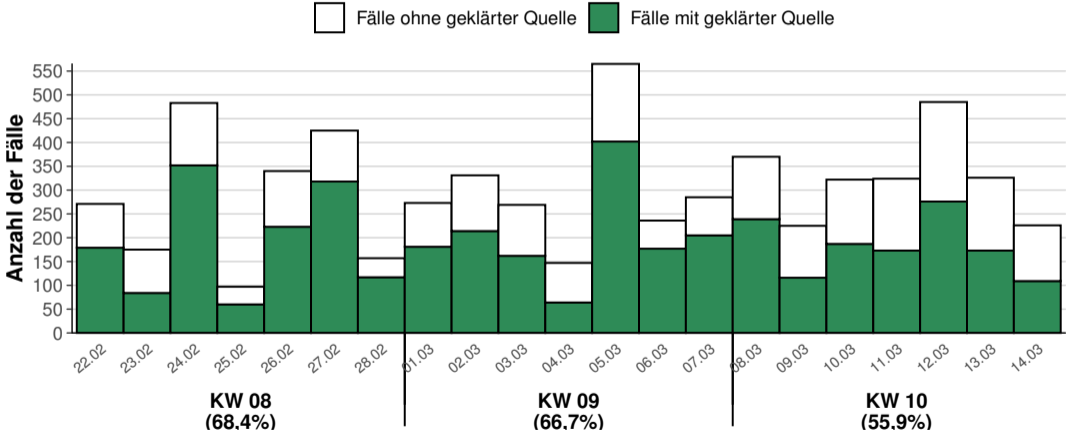
	05	06	07	08	09	10
Fälle ¹ Steiermark (N)	1.418	1.550	1.874	1.948	2.106	2.278
Anteil asymptomatisch	17,1%	16,0%	15,1%	14,8%	15,7%	19,7%
Fälle asymptomatisch (n)	243	248	283	288	330	448
Fälle ungeklärt ² (n)	506	498	594	615	701	1.005
Indexfälle ³ (n)	271	295	354	363	392	265
Anteil geklärt	64,3%	67,9%	68,3%	68,4%	66,7%	55,9%
Fälle geklärt ⁴ (n)	912	1.052	1.280	1.333	1.405	1.273
Clusterfälle ⁵ (n)	1.148	1.296	1.580	1.644	1.741	1.490
sporadisch importierte Fälle (n)	8	12	5	6	6	12
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	877	1.000	1.224	1.279	1.349	1.224
Haushalt	61,6%	58,7%	60,4%	64,0%	66,0%	73,7%
Freizeit	13,0%	16,0%	14,3%	16,5%	14,3%	10,1%
Gesundheit-Sozial	13,3%	8,8%	4,7%	3,4%	2,1%	1,6%
Arbeit	8,2%	13,2%	15,1%	9,1%	6,3%	7,0%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%
Bildung	2,4%	1,3%	3,9%	4,8%	9,1%	6,9%
Transport	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,4%	0,1%
Reise	0,7%	0,3%	0,4%	0,5%	0,5%	0,0%
Haushalt (n)	540	587	739	818	891	902
Bildung (n)	21	13	48	61	123	84
Gesundheit-Sozial (n)	117	88	58	43	28	20
Reise (n)	6	3	5	7	7	0

Steiermark: Phase IV 01.09.2020 – 17.03.2021

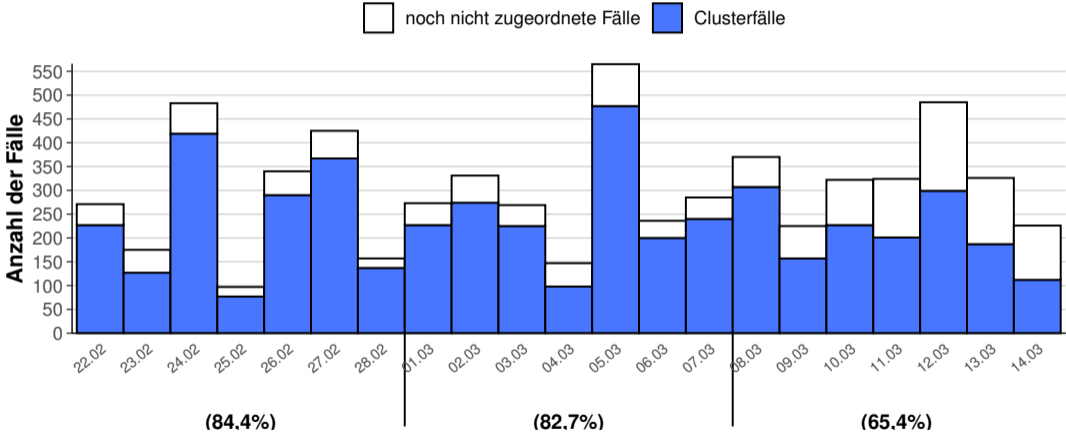
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Steiermark: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Epidemiologische Parameter I

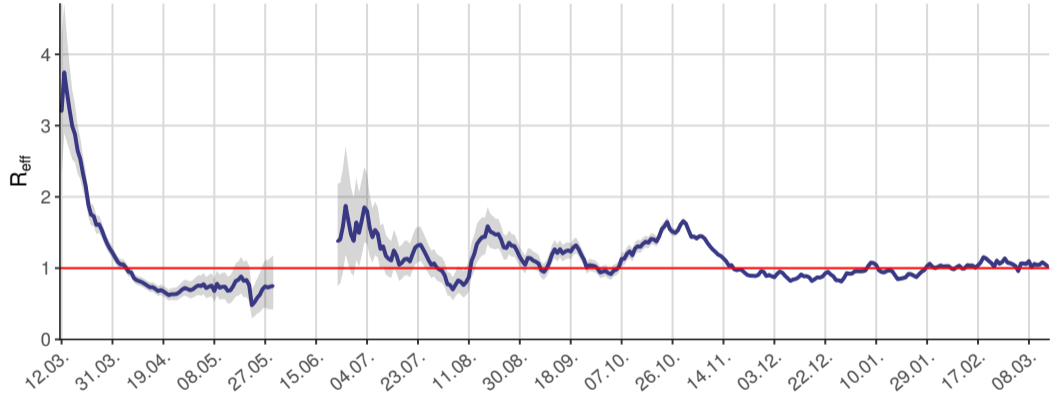


Abbildung 22: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 16.03. und 17.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Steiermark)

Steiermark: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 20: Schätzwerte des R_{eff} vom 06.03. bis zum 15.03.. (Steiermark)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
06.03.	1,06	(1,03 - 1,10)
07.03.	1,06	(1,02 - 1,09)
08.03.	1,10	(1,07 - 1,13)
09.03.	1,01	(0,98 - 1,04)
10.03.	1,06	(1,03 - 1,09)
11.03.	1,04	(1,01 - 1,08)
12.03.	1,05	(1,02 - 1,08)
13.03.	1,08	(1,05 - 1,12)
14.03.	1,06	(1,02 - 1,09)
15.03.	1,03	(0,99 - 1,06)

Steiermark: Altersverteilung II

Tabelle 21: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

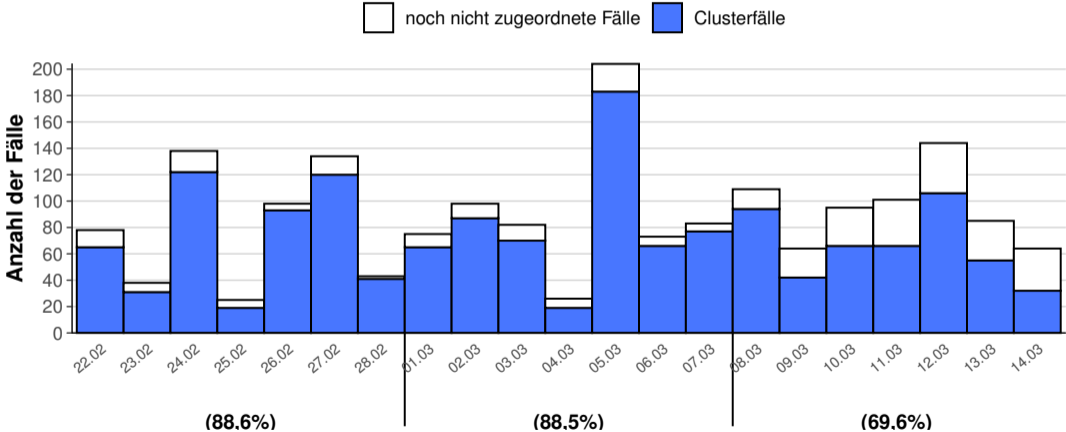
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 03	1.342	19	46.7	80
KW 04	1.433	18	46.1	79
KW 05	1.418	14	45.2	78
KW 06	1.550	15	42.7	74
KW 07	1.874	12	39.9	68
KW 08	1.948	10	39.7	69
KW 09	2.106	10	39.2	68
KW 10	2.278	10	38.6	66

Steiermark: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 09, KW 10)

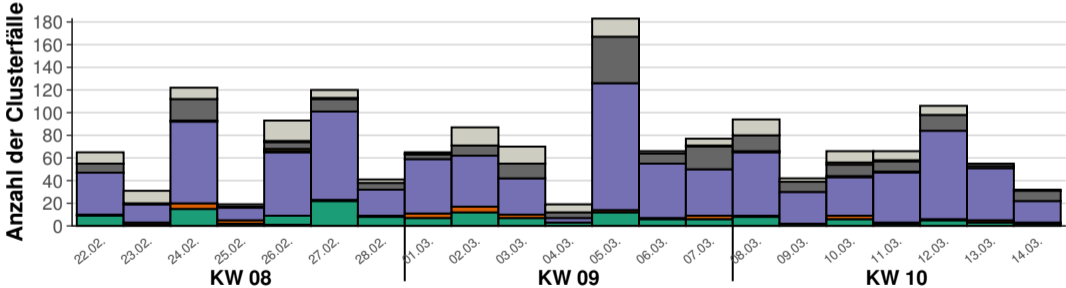
Tabelle 22: Verteilung der Infektionsfälle (KW 07 - KW 10 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 07							KW 08							KW 09							KW 10									
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total			
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.					
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<6	25	33,8	17	23,0	32	43,2	74	34	33,0	34	33,0	35	34,0	103	39	54,9	21	29,6	11	15,5	71	31	41,9	24	32,4	19	25,7	74			
6-9	13	19,1	22	32,4	33	48,5	68	31	39,2	24	30,4	24	30,4	79	42	30,4	55	39,9	41	29,7	138	44	29,5	68	45,6	37	24,8	149			
10-14	23	25,8	20	22,5	46	51,7	89	34	34,0	24	24,0	42	42,0	100	63	48,1	33	25,2	35	26,7	131	41	36,9	39	35,1	31	27,9	111			
15-19	67	50,0	21	15,7	46	34,3	134	74	56,9	16	12,3	40	30,8	130	91	58,7	27	17,4	37	23,9	155	76	46,6	34	20,9	53	32,5	163			
20-24	70	49,3	13	9,2	59	41,5	142	74	52,1	9	6,3	59	41,5	142	89	61,0	17	11,6	40	27,4	146	73	44,2	38	23,0	54	32,7	165			
Total	198	39,1	93	18,3	216	42,6	507	247	44,6	107	19,3	200	36,1	554	324	50,5	153	23,9	164	25,6	641	265	40,0	203	30,7	194	29,3	662			

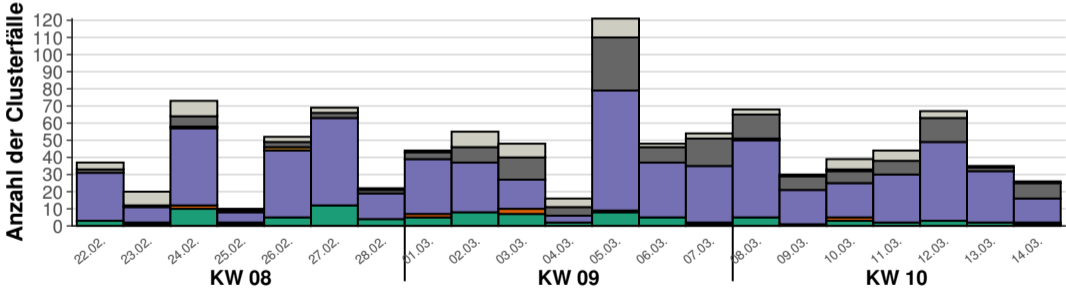
Steiermark: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



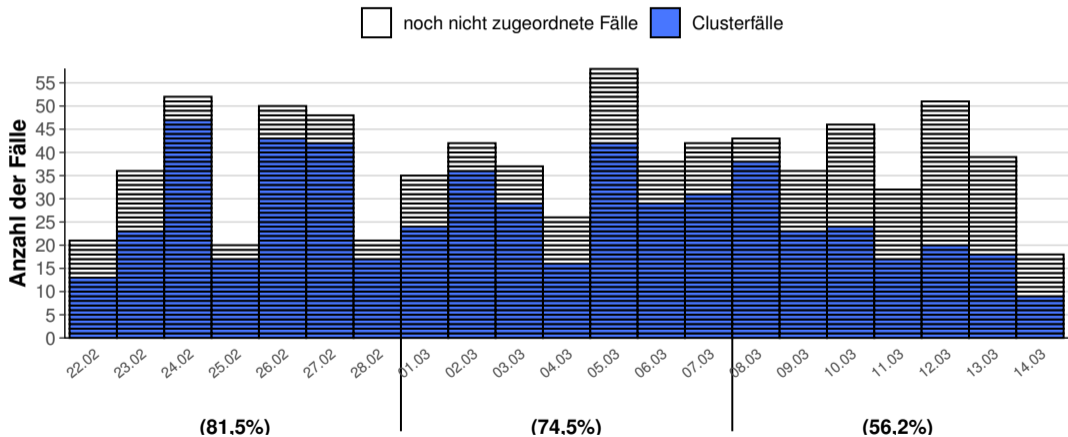
Steiermark: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



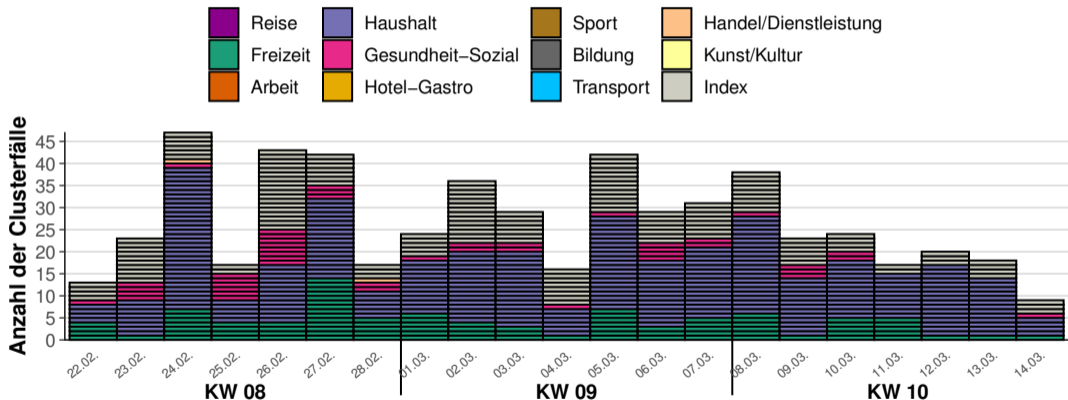
Steiermark: Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Zeitlicher Verlauf bis 17.03.2021

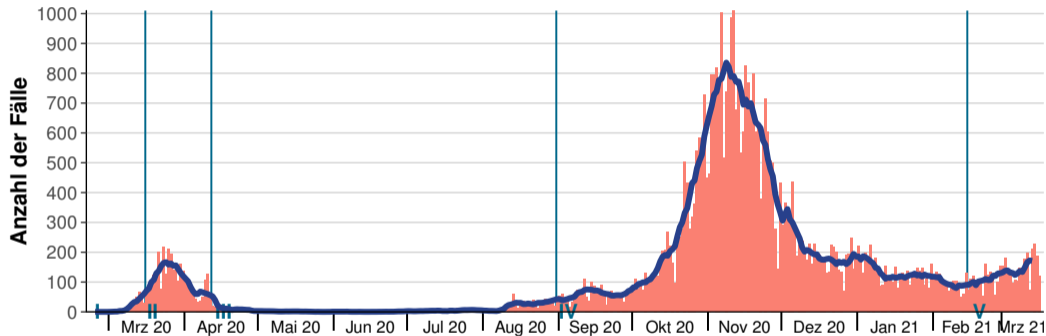


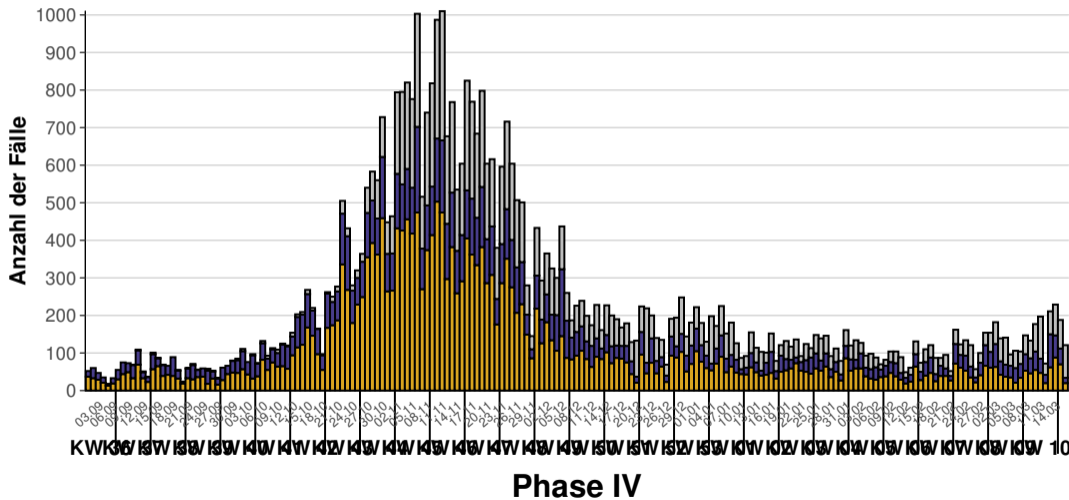
Abbildung 24: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Tirol: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

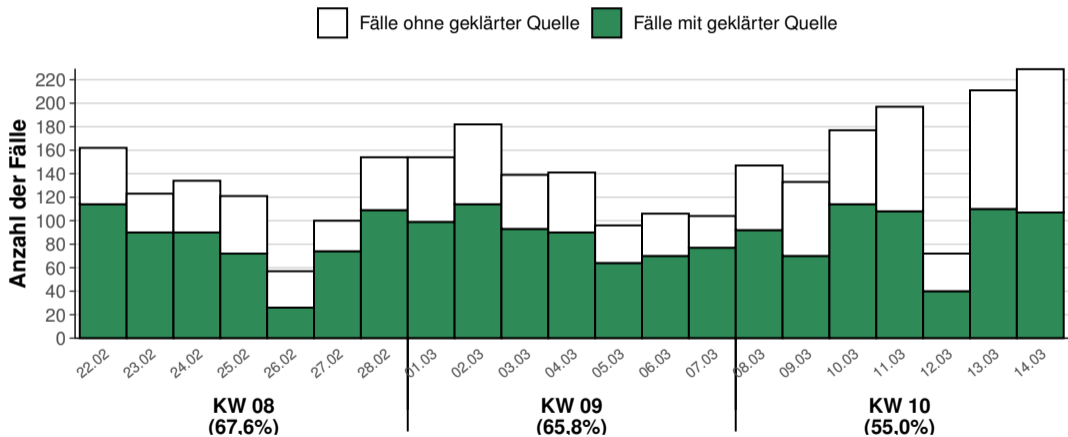
	05	06	07	08	09	10
Fälle ¹ Tirol (N)	730	620	626	851	922	1.166
Anteil asymptomatisch	26,6%	28,4%	28,3%	30,1%	30,2%	29,2%
Fälle asymptomatisch (n)	194	176	177	256	278	340
Fälle ungeklärt ² (n)	253	217	230	276	315	525
Indexfälle ³ (n)	126	120	141	164	184	132
Anteil geklärt	65,3%	65,0%	63,3%	67,6%	65,8%	55,0%
Fälle geklärt ⁴ (n)	477	403	396	575	607	641
Clusterfälle ⁵ (n)	534	476	483	681	726	677
sporadisch importierte Fälle (n)	10	4	11	6	6	4
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	406	356	341	517	539	543
Haushalt	65,5%	62,1%	65,4%	64,6%	67,3%	69,1%
Freizeit	20,2%	20,5%	22,3%	22,6%	25,0%	17,7%
Gesundheit-Sozial	11,8%	3,1%	0,9%	0,4%	0,2%	2,6%
Arbeit	1,2%	12,4%	6,5%	3,7%	2,0%	3,5%
Hotel-Gastro	0,0%	0,3%	0,9%	1,5%	0,4%	0,2%
Bildung	1,2%	0,6%	2,9%	5,6%	3,9%	6,4%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
Reise	0,0%	1,1%	0,9%	1,2%	0,4%	0,2%
Haushalt (n)	266	221	223	334	363	375
Bildung (n)	5	2	10	29	21	35
Gesundheit-Sozial (n)	48	11	3	2	1	14
Reise (n)	0	4	3	6	2	1

Tirol: Phase IV 01.09.2020 – 17.03.2021

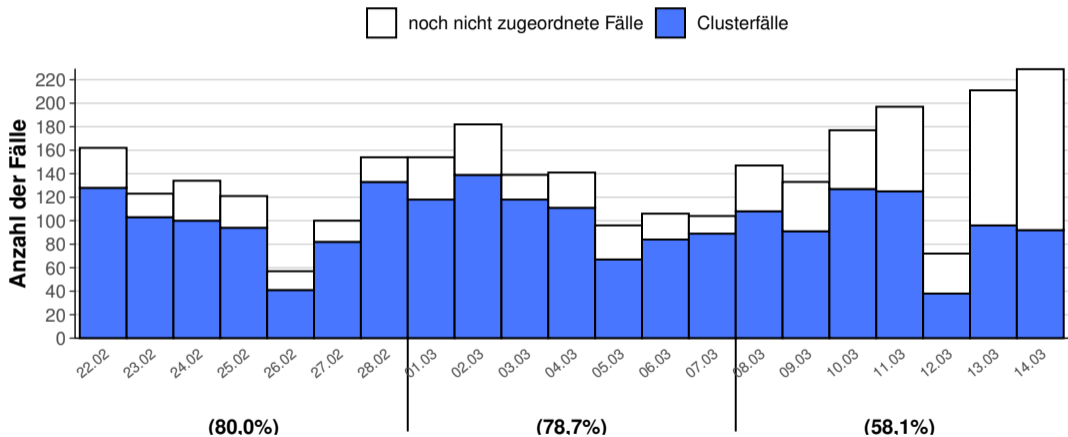
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



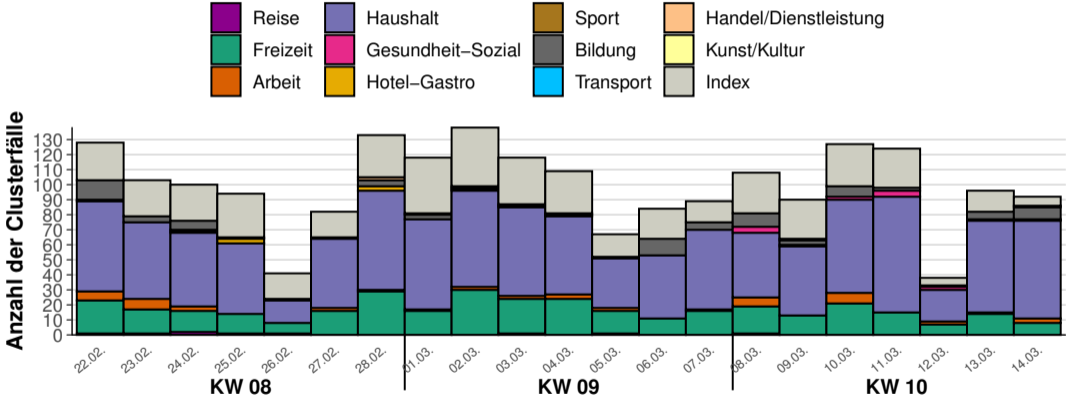
Tirol: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Epidemiologische Parameter I



Abbildung 25: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 16.03. und 17.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Tirol)

Tirol: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 23: Schätzwerte des R_{eff} vom 06.03. bis zum 15.03.. (Tirol)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
06.03.	1,12	(1,07 - 1,18)
07.03.	1,05	(1,00 - 1,11)
08.03.	1,05	(1,00 - 1,10)
09.03.	1,03	(0,98 - 1,08)
10.03.	1,06	(1,01 - 1,11)
11.03.	1,13	(1,08 - 1,18)
12.03.	1,10	(1,05 - 1,15)
13.03.	1,11	(1,06 - 1,16)
14.03.	1,13	(1,08 - 1,18)
15.03.	1,10	(1,05 - 1,15)

Tirol: Altersverteilung II

Tabelle 24: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

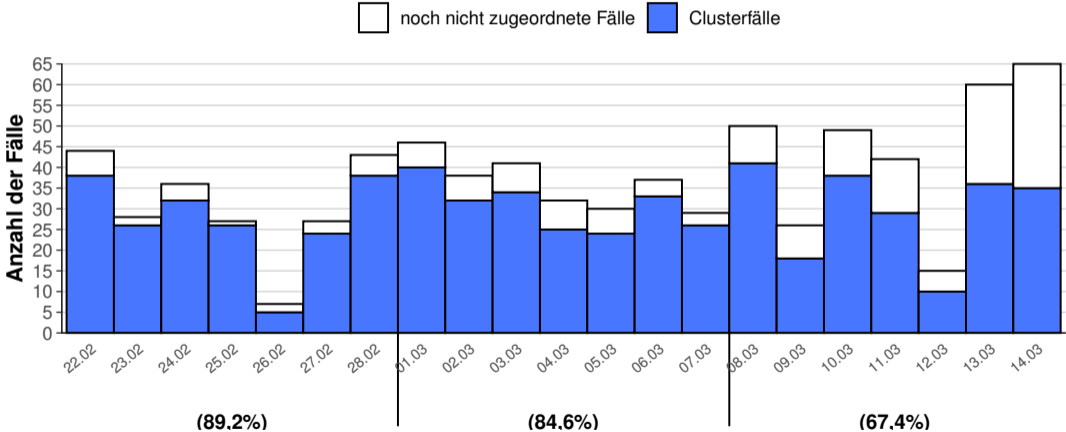
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 03	835	18	44.3	72.0
KW 04	877	16	42.5	72.0
KW 05	730	18	42.6	70.0
KW 06	620	16	42.2	70.0
KW 07	626	13	40.0	67.5
KW 08	851	10	40.5	68.0
KW 09	922	13	39.6	66.0
KW 10	1.166	11	38.4	63.0

Tirol: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 09, KW 10)

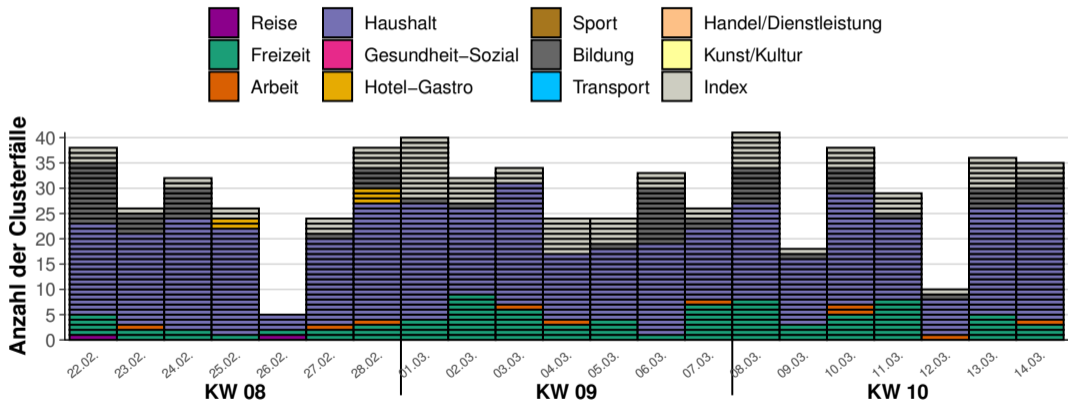
Tabelle 25: Verteilung der Infektionsfälle (KW 07 - KW 10 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 07							KW 08							KW 09							KW 10						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	6	28,6	7	33,3	8	38,1	21	13	40,6	14	43,8	5	15,6	32	5	18,5	15	55,6	7	25,9	27	7	20,6	20	58,8	7	20,6	34
6-9	5	21,7	11	47,8	7	30,4	23	21	39,6	22	41,5	10	18,9	53	5	15,2	19	57,6	9	27,3	33	11	16,7	33	50,0	22	33,3	66
10-14	9	32,1	11	39,3	8	28,6	28	10	30,3	11	33,3	12	36,4	33	13	26,5	19	38,8	17	34,7	49	10	20,4	19	38,8	20	40,8	49
15-19	11	33,3	6	18,2	16	48,5	33	13	32,5	9	22,5	18	45,0	40	21	32,8	15	23,4	28	43,8	64	21	29,2	24	33,3	27	37,5	72
20-24	14	27,5	17	33,3	20	39,2	51	26	48,1	15	27,8	13	24,1	54	21	26,2	25	31,2	34	42,5	80	36	41,9	17	19,8	33	38,4	86
Total	45	28,8	52	33,3	59	37,8	156	83	39,2	71	33,5	58	27,4	212	65	25,7	93	36,8	95	37,5	253	85	27,7	113	36,8	109	35,5	307

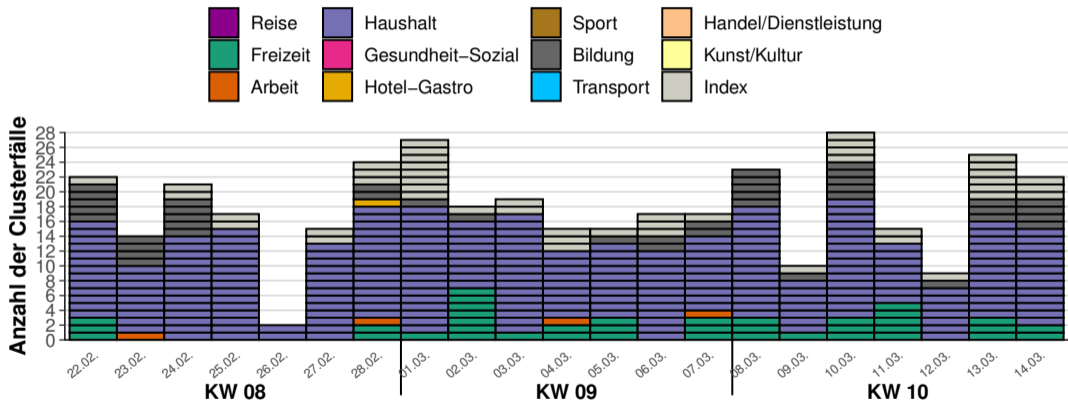
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



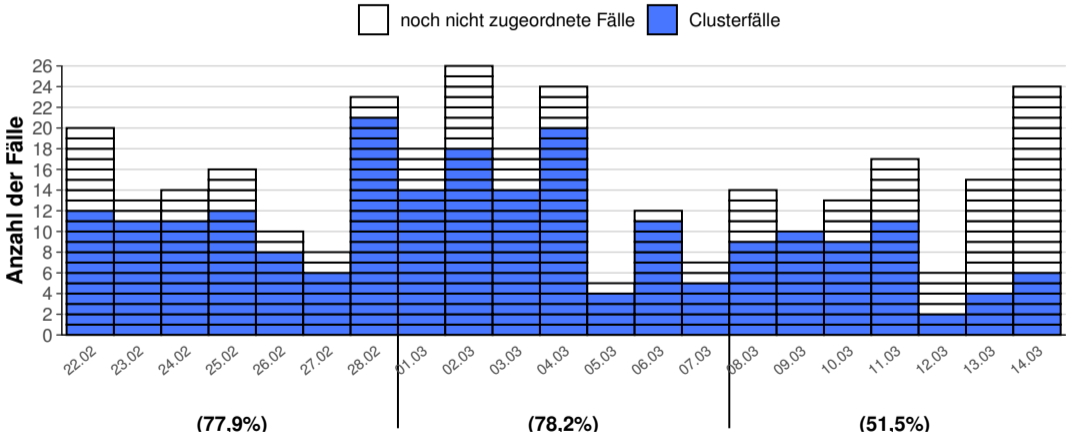
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



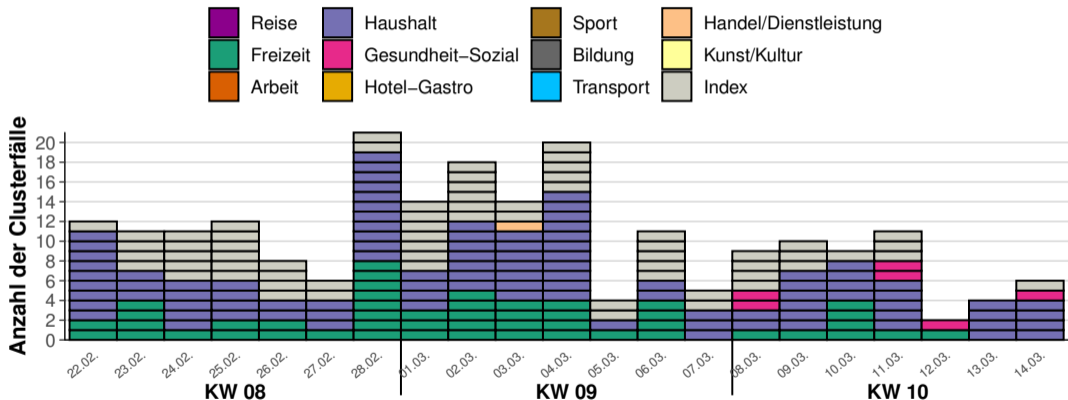
Tirol: Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Zeitlicher Verlauf bis 17.03.2021

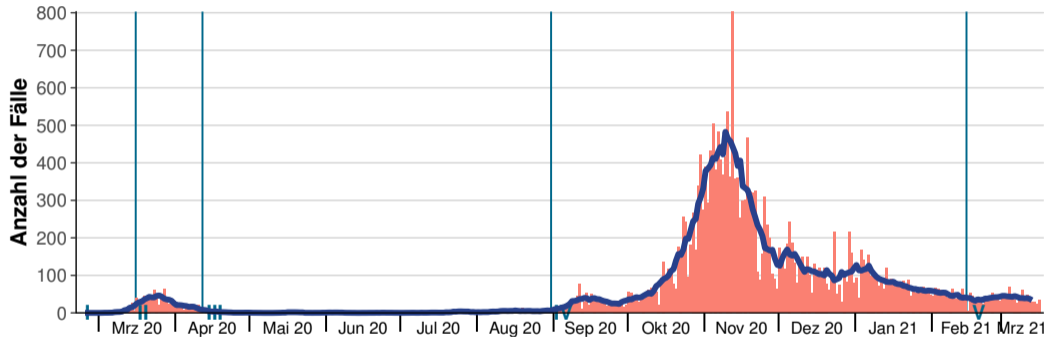


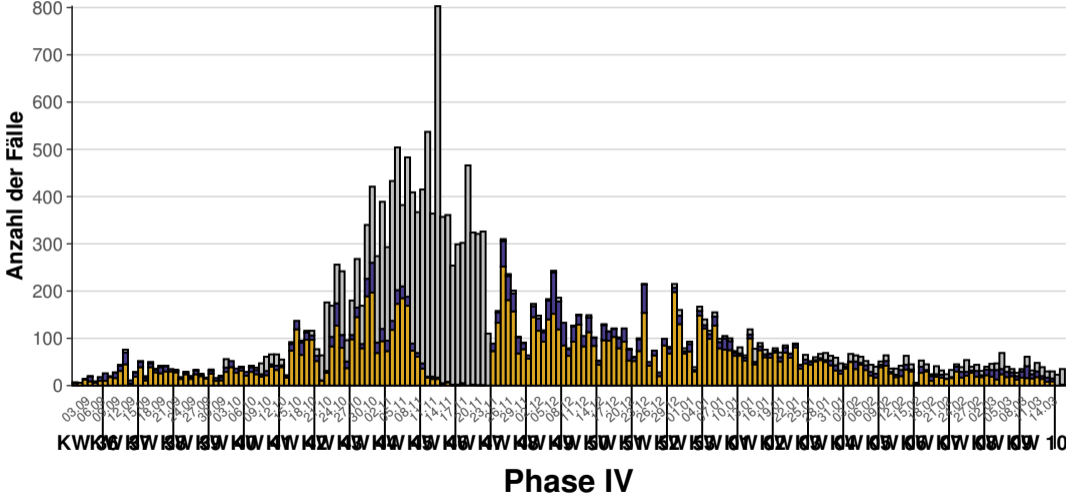
Abbildung 27: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Vorarlberg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

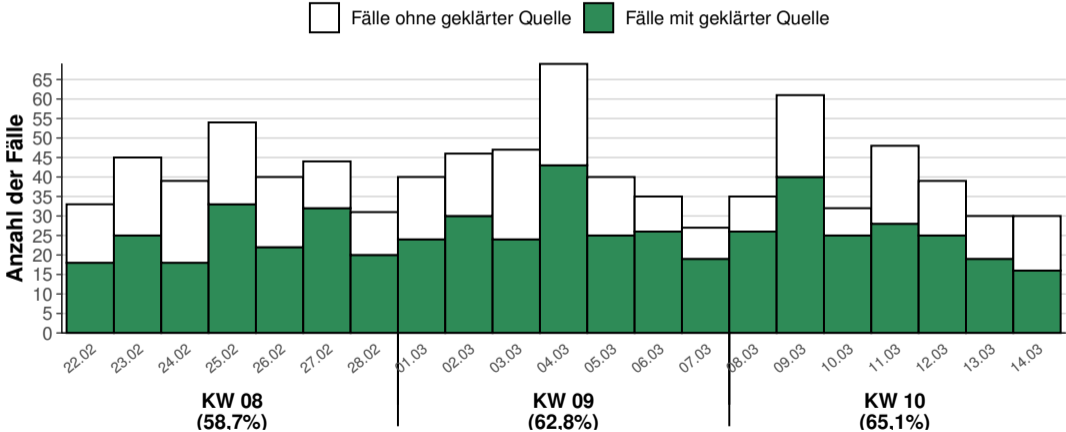
	05	06	07	08	09	10
Fälle ¹ Vorarlberg (N)	373	337	225	286	304	275
Anteil asymptomatisch	13,7%	15,4%	17,3%	18,5%	27,3%	29,1%
Fälle asymptomatisch (n)	51	52	39	53	83	80
Fälle ungeklärt ² (n)	154	144	82	118	113	96
Indexfälle ³ (n)	71	56	35	60	59	25
Anteil geklärt	58,7%	57,3%	63,6%	58,7%	62,8%	65,1%
Fälle geklärt ⁴ (n)	219	193	143	168	191	179
Clusterfälle ⁵ (n)	278	238	166	216	225	178
sporadisch importierte Fälle (n)	2	6	5	1	2	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	207	182	131	155	166	153
Haushalt	60,4%	64,3%	68,7%	70,3%	69,9%	80,4%
Freizeit	16,4%	17,0%	16,0%	16,8%	12,0%	9,8%
Gesundheit-Sozial	5,8%	6,0%	6,9%	4,5%	3,0%	2,6%
Arbeit	11,6%	8,2%	5,3%	7,1%	6,0%	4,6%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%	0,0%
Bildung	1,4%	1,6%	1,5%	0,6%	4,8%	1,3%
Transport	1,9%	2,2%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	0,5%	0,5%	0,8%	0,6%	1,2%	1,3%
Haushalt (n)	125	117	90	109	116	123
Bildung (n)	3	3	2	1	8	2
Gesundheit-Sozial (n)	12	11	9	7	5	4
Reise (n)	1	1	1	1	2	2

Vorarlberg: Phase IV 01.09.2020 – 17.03.2021

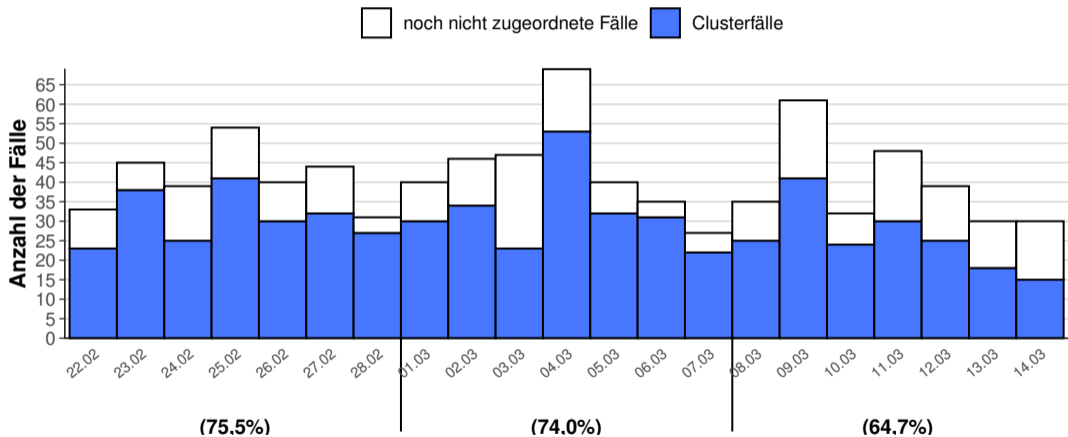
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



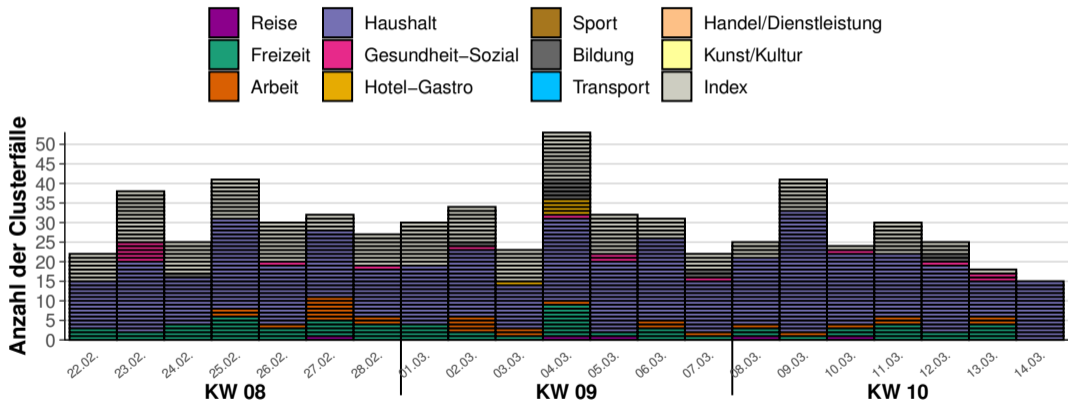
Vorarlberg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Epidemiologische Parameter I

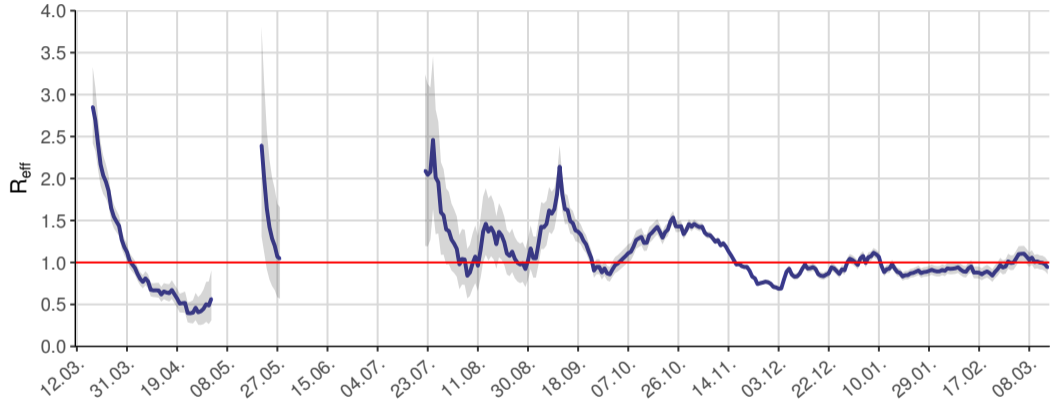


Abbildung 28: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 16.03. und 17.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Vorarlberg)

Vorarlberg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 26: Schätzwerte des R_{eff} vom 06.03. bis zum 15.03.. (Vorarlberg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
06.03.	1,10	(1,02 - 1,20)
07.03.	1,07	(0,98 - 1,16)
08.03.	1,03	(0,95 - 1,12)
09.03.	1,06	(0,97 - 1,15)
10.03.	1,01	(0,92 - 1,09)
11.03.	1,01	(0,93 - 1,10)
12.03.	1,00	(0,92 - 1,08)
13.03.	1,00	(0,91 - 1,08)
14.03.	0,98	(0,90 - 1,06)
15.03.	0,94	(0,86 - 1,02)

Vorarlberg: Altersverteilung II

Tabelle 27: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

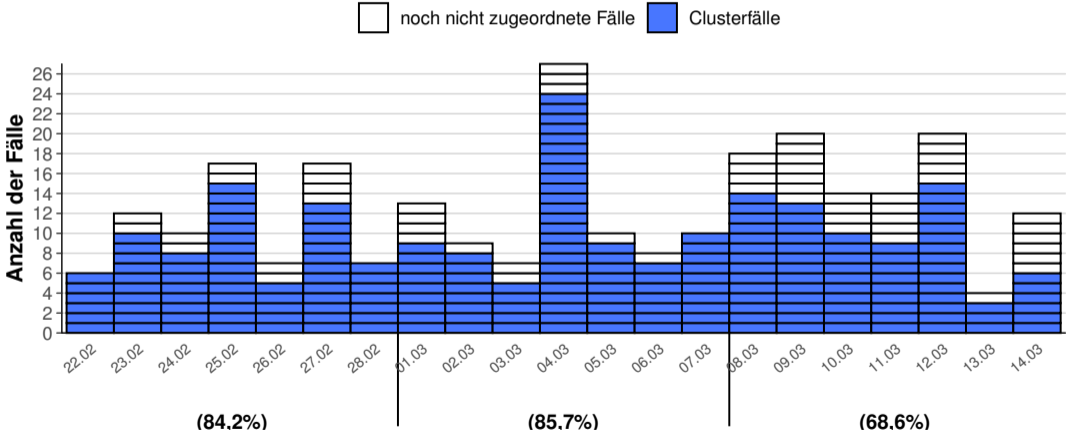
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 03	500	16.0	43.2	70.0
KW 04	417	16.0	41.7	69.0
KW 05	373	16.0	38.9	63.0
KW 06	337	12.0	42.1	69.0
KW 07	225	9.0	38.4	68.0
KW 08	286	10.0	40.0	71.5
KW 09	304	10.3	38.1	61.0
KW 10	275	8.0	34.8	63.0

Vorarlberg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 09, KW 10)

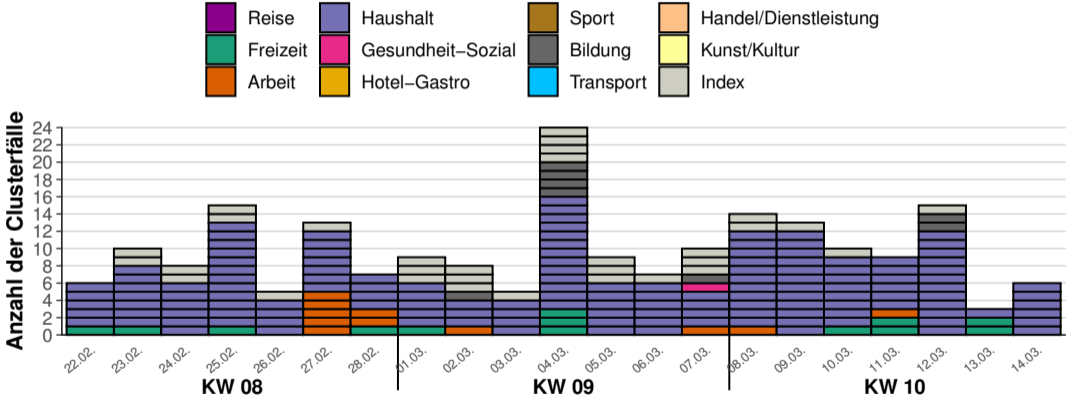
Tabelle 28: Verteilung der Infektionsfälle (KW 07 - KW 10 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 07							KW 08							KW 09							KW 10									
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total			
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<6	5	62,5	0	0,0	3	37,5	8	8	53,3	3	20,0	4	26,7	15	8	61,5	4	30,8	1	7,7	13	6	35,3	10	58,8	1	5,9	17			
6-9	7	41,2	6	35,3	4	23,5	17	2	18,2	4	36,4	5	45,5	11	3	17,6	9	52,9	5	29,4	17	2	14,3	8	57,1	4	28,6	14			
10-14	10	71,4	4	28,6	0	0,0	14	3	21,4	4	28,6	7	50,0	14	3	20,0	4	26,7	8	53,3	15	9	42,9	4	19,0	8	38,1	21			
15-19	9	75,0	2	16,7	1	8,3	12	7	38,9	3	16,7	8	44,4	18	8	47,1	6	35,3	3	17,6	17	6	25,0	8	33,3	10	41,7	24			
20-24	10	52,6	3	15,8	6	31,6	19	5	27,8	4	22,2	9	50,0	18	15	68,2	3	13,6	4	18,2	22	9	34,6	4	15,4	13	50,0	26			
Total	41	58,6	15	21,4	14	20,0	70	25	32,9	18	23,7	33	43,4	76	37	44,0	26	31,0	21	25,0	84	32	31,4	34	33,3	36	35,3	102			

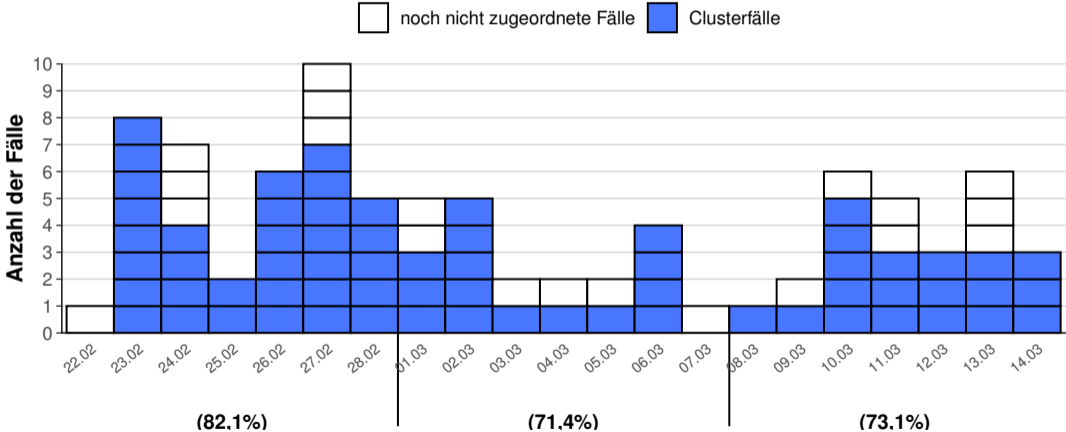
Vorarlberg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



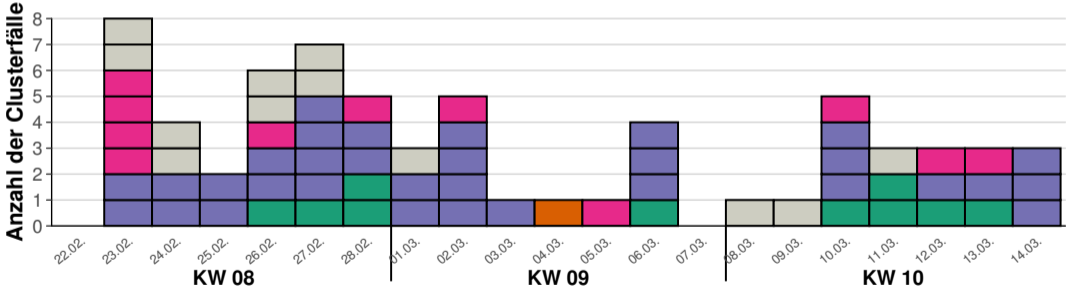
Vorarlberg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Wien: Zeitlicher Verlauf bis 17.03.2021

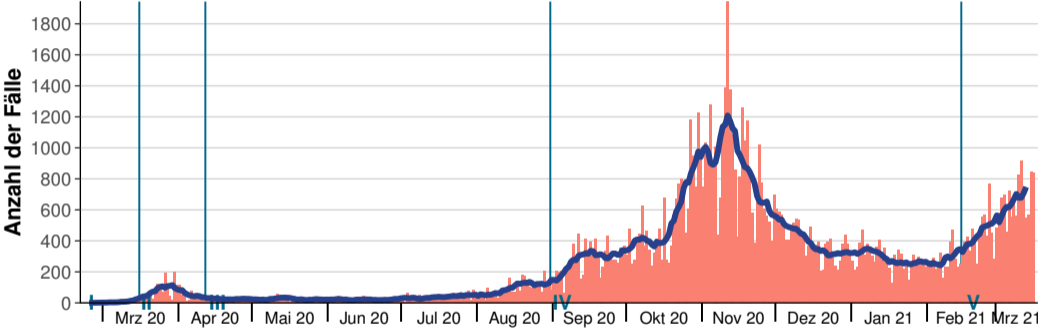


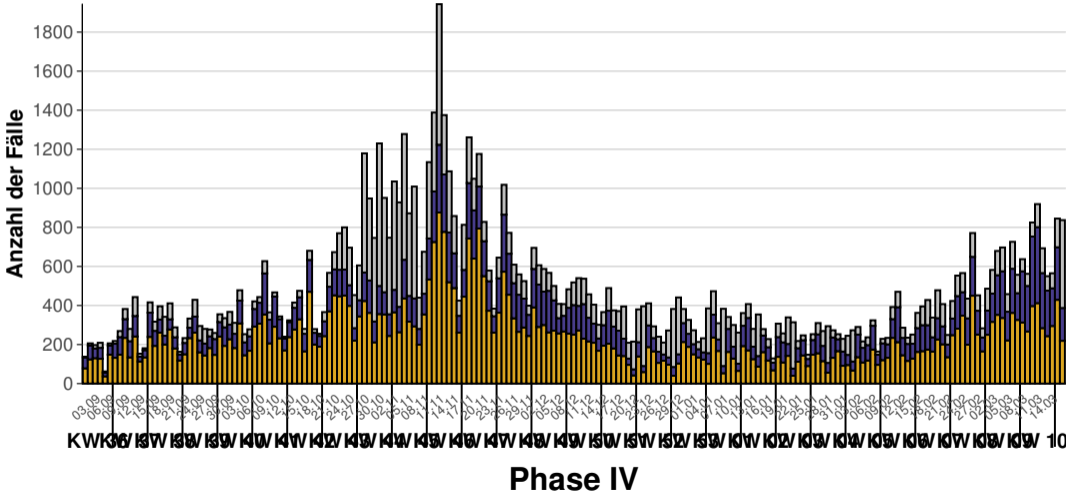
Abbildung 30: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Wien: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	05	06	07	08	09	10
Fälle ¹ Wien (N)	1.749	2.097	2.657	3.483	4.185	4.751
Anteil asymptomatisch	31,0%	32,5%	27,1%	25,8%	29,2%	41,0%
Fälle asymptomatisch (n)	542	682	719	899	1.221	1.948
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.140	1.363	1.671	1.977	2.442	2.713
Haushalt	68,5%	74,1%	70,8%	70,0%	74,1%	80,6%
Gesundheit-Sozial	14,5%	8,3%	6,2%	4,4%	3,5%	3,2%
Arbeit	7,7%	7,4%	5,7%	5,7%	5,5%	5,2%
Bildung	3,4%	3,5%	10,3%	14,6%	11,3%	6,6%
Freizeit	5,0%	5,7%	6,2%	5,3%	5,2%	4,2%
Hotel-Gastro	0,6%	0,5%	0,4%	0,0%	0,3%	0,1%
Reise	0,3%	0,5%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%

Wien: Phase IV 01.09.2020 – 17.03.2021

Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Wien: Epidemiologische Parameter I

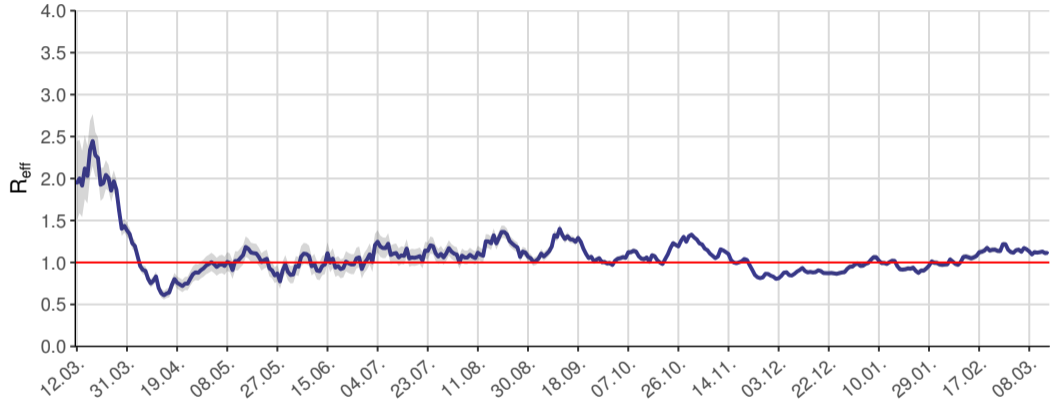


Abbildung 31: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 16.03. und 17.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Wien)

Wien: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 29: Schätzwerte des R_{eff} vom 06.03. bis zum 15.03.. (Wien)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
06.03.	1,17	(1,15 - 1,20)
07.03.	1,16	(1,13 - 1,18)
08.03.	1,13	(1,11 - 1,16)
09.03.	1,10	(1,07 - 1,12)
10.03.	1,12	(1,10 - 1,15)
11.03.	1,12	(1,09 - 1,14)
12.03.	1,12	(1,10 - 1,15)
13.03.	1,13	(1,11 - 1,15)
14.03.	1,11	(1,09 - 1,13)
15.03.	1,12	(1,09 - 1,14)

Wien: Altersverteilung II

Tabelle 30: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 03	1.830	18.0	46.6	82
KW 04	1.881	16.0	43.8	79
KW 05	1.749	16.8	42.2	74
KW 06	2.097	12.0	39.0	67
KW 07	2.657	10.0	37.7	67
KW 08	3.483	9.0	36.5	64
KW 09	4.185	9.0	36.2	62
KW 10	4.751	10.0	36.4	62

Wien: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 09, KW 10)

Tabelle 31: Verteilung der Infektionsfälle (KW 07 - KW 10 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 07							KW 08							KW 09							KW 10							
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<6	74	57,4	32	24,8	23	17,8	129	73	56,2	31	23,8	26	20,0	130	74	53,2	48	34,5	17	12,2	139	66	40,5	77	47,2	20	12,3	163	
6-9	57	43,5	44	33,6	30	22,9	131	113	50,7	71	31,8	39	17,5	223	128	44,9	106	37,2	51	17,9	285	106	36,8	146	50,7	36	12,5	288	
10-14	56	38,9	49	34,0	39	27,1	144	100	49,3	75	36,9	28	13,8	203	124	46,4	100	37,5	43	16,1	267	119	35,1	183	54,0	37	10,9	339	
15-19	75	41,7	47	26,1	58	32,2	180	130	50,4	73	28,3	55	21,3	258	147	52,1	84	29,8	51	18,1	282	154	47,7	134	41,5	35	10,8	323	
20-24	85	42,7	50	25,1	64	32,2	199	151	60,4	47	18,8	52	20,8	250	176	55,0	85	26,6	59	18,4	320	194	50,4	143	37,1	48	12,5	385	
Total	347	44,3	222	28,4	214	27,3	783	567	53,3	297	27,9	200	18,8	1064	649	50,2	423	32,7	221	17,1	1293	639	42,7	683	45,6	176	11,7	1498	

Covid-19, Maßnahmenbewertung

AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance

18.11.2020 09:00 (auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 18.11.2020 07:00)

Österreich

Zusammenfassung

Tabelle 1: Österreich, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen. Informationen betreffend Abklärung und Setting der Übertragung beziehen sich auf die Anzahl der Fälle von Österreich exklusive der Fälle mit Wohnort Bundesland Wien.

	41	42	43	44	45	46
Fälle ¹ Österreich (N)	7.495	9.749	18.111	31.574	44.683	47.600
Fälle ¹ Wien (N)	2.897	2.710	4.306	6.389	6.222	8.217
Fälle ¹ Österreich exkl. Wien (N)	4.598	7.039	13.805	25.185	38.461	39.383
Fälle ungeklärt ² (n)	1.274	2.399	6.527	14.409	27.153	32.280
Indexfälle ³ (n)	693	1.094	2.218	3.563	4.172	1.732
Anteil geklärt	72,3%	65,9%	52,7%	42,8%	29,4%	18,0%
Fälle geklärt ⁴ (n)	3.324	4.640	7.278	10.776	11.308	7.103
Clusterfälle ⁵ (n)	3.775	5.474	9.090	13.851	14.937	8.256
sporadisch importierte Fälle (n)	90	111	119	103	91	26
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	3.039	4.336	6.848	10.281	10.754	6.467
Haushalt	41,2%	43,7%	44,4%	55,5%	64,8%	71,3%
Freizeit	23,3%	25,3%	23,5%	21,3%	19,8%	11,7%
Gesundheit-Sozial	11,4%	10,1%	13,3%	10,4%	10,3%	13,3%
Arbeit	8,4%	7,8%	7,5%	4,3%	2,7%	1,6%
Hotel-Gastro	1,6%	2,0%	1,1%	1,0%	0,5%	0,1%
Bildung	10,8%	8,1%	7,6%	5,6%	0,6%	1,5%
Transport	0,2%	0,3%	0,1%	0,3%	0,1%	0,0%
Reise	1,7%	1,8%	1,4%	0,9%	0,9%	0,3%
Haushalt (n)	1.252	1.894	3.038	5.709	6.967	4.612
Bildung (n)	329	353	519	571	65	95
Gesundheit-Sozial (n)	345	436	914	1.069	1.108	863
Reise (n)	53	79	98	96	92	19

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissentlicher Quelle

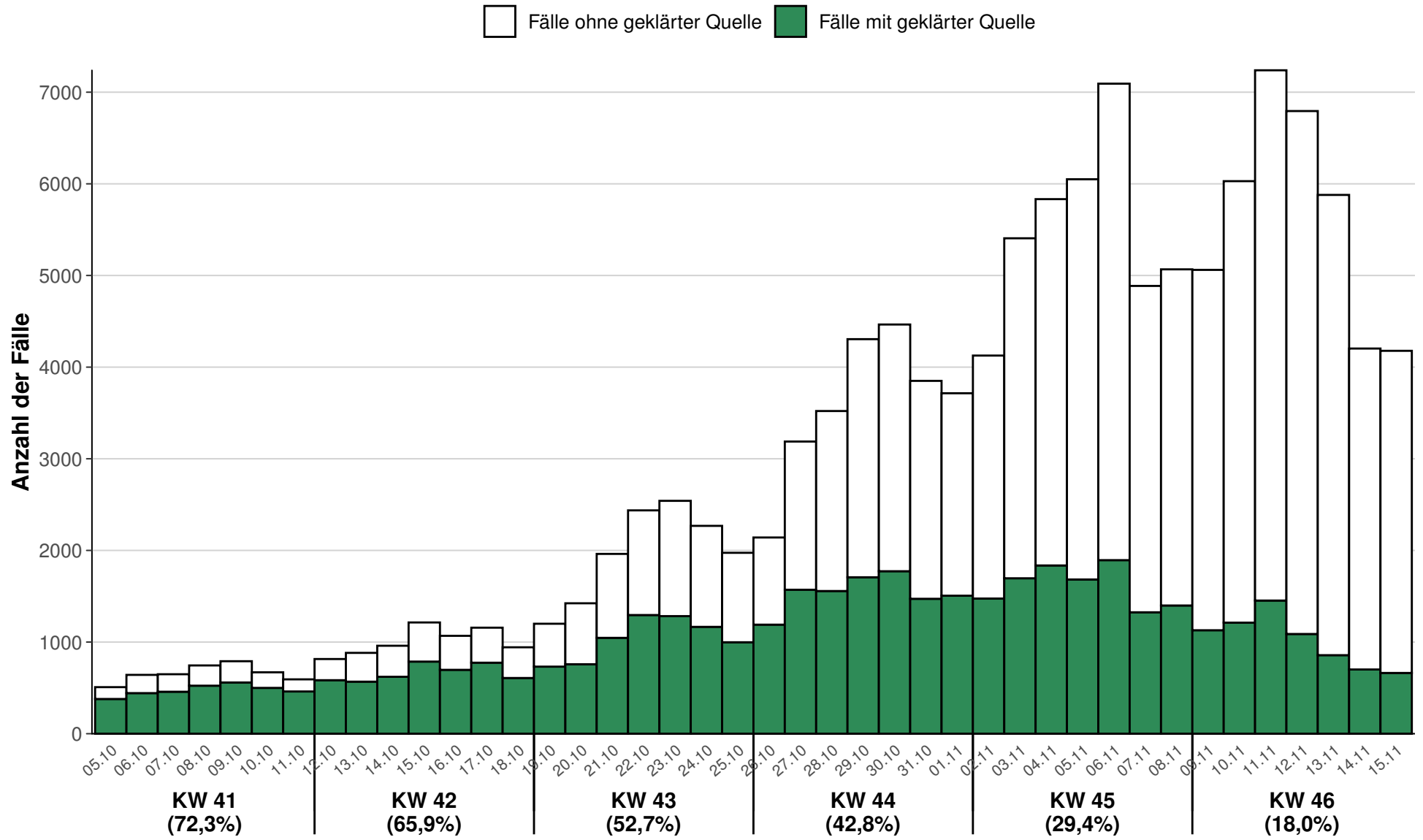
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

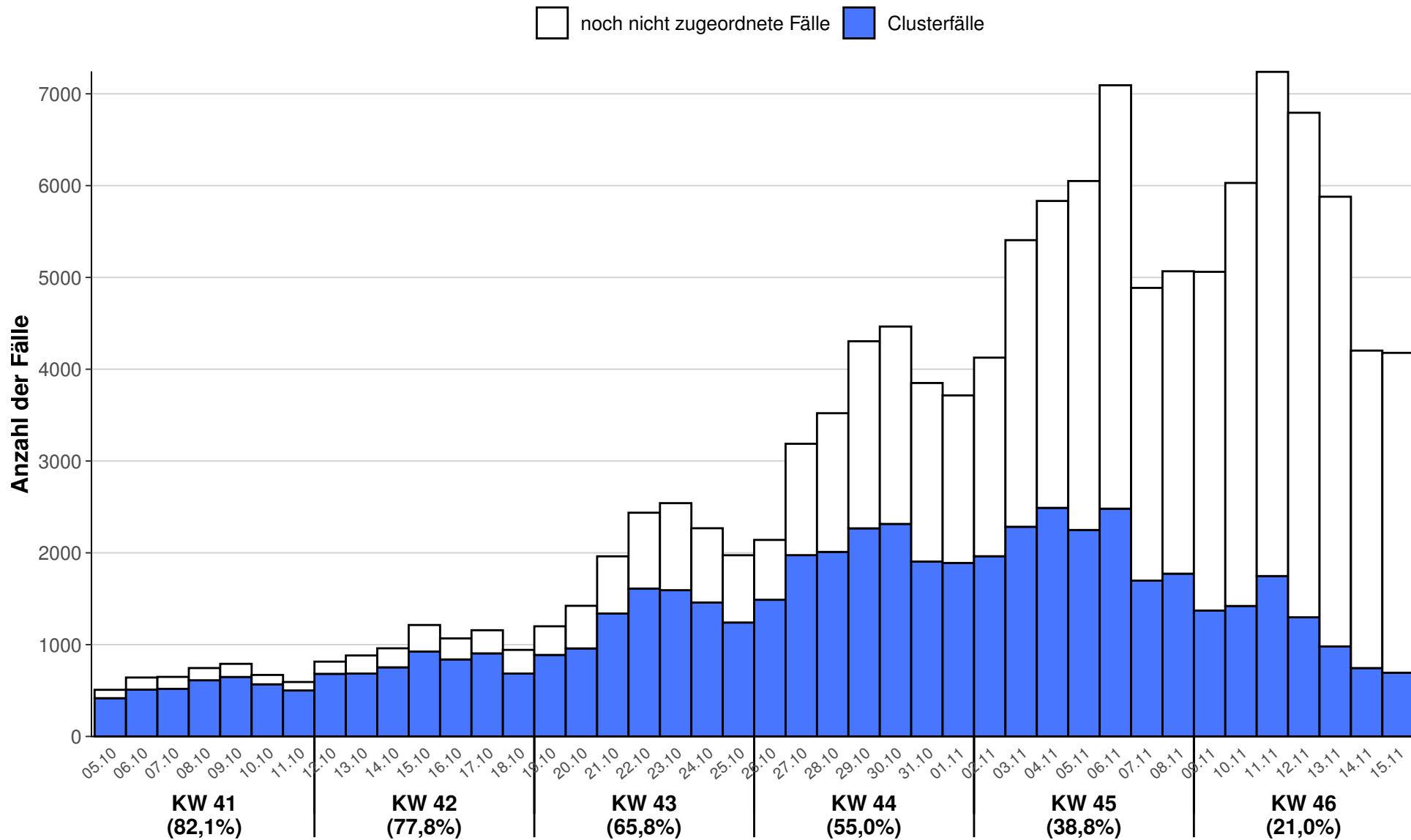
Geklärtc Fälle

Abbildung 1: Österreich (exklusive Wien), Fälle mit geklärcr Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



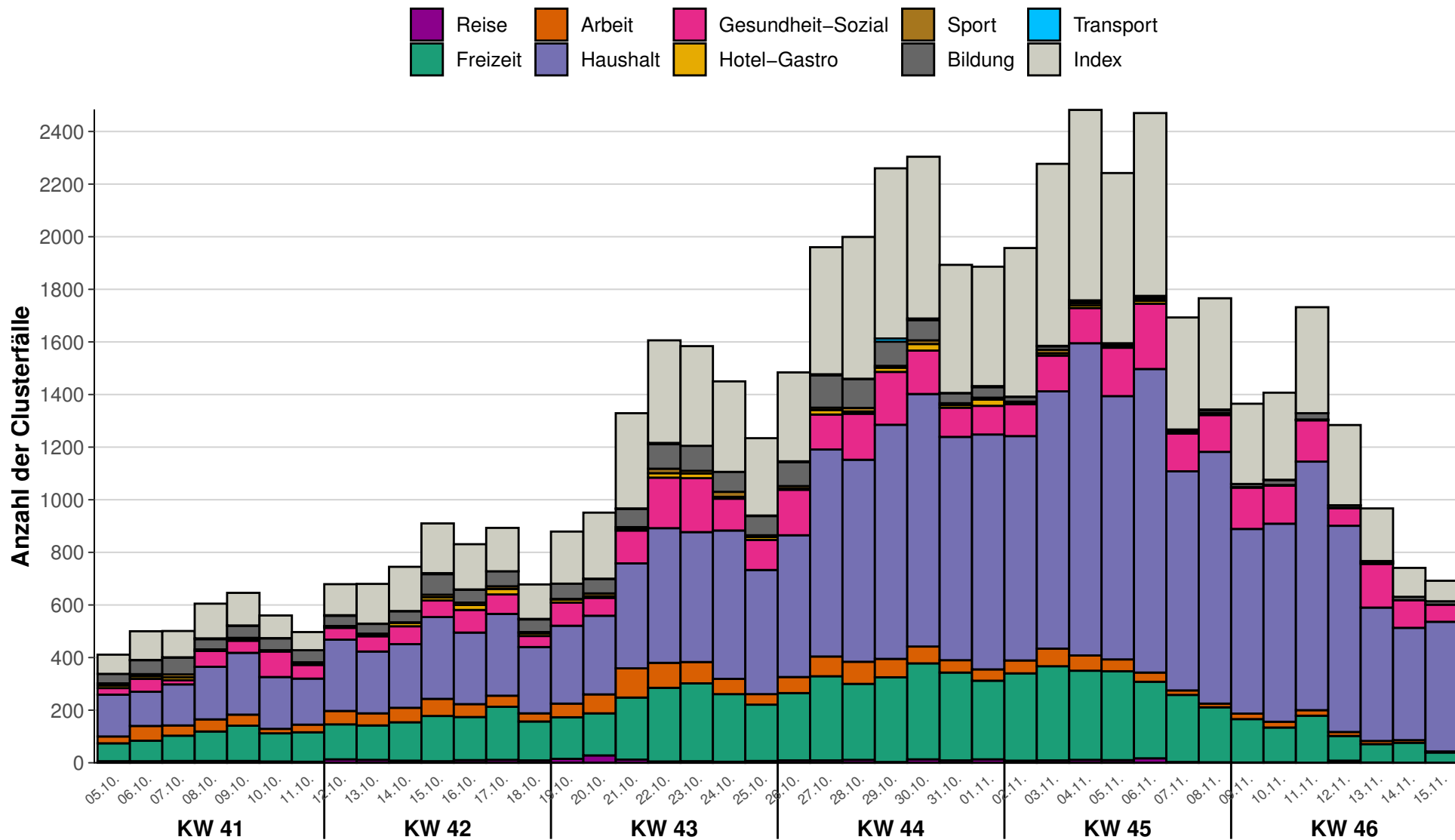
Clusterfälle

Abbildung 2: Österreich (exklusive Wien), Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 3: Österreich (exklusive Wien), Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Burgenland

Zusammenfassung

Tabelle 2: Burgenland, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	41	42	43	44	45	46
Fälle ¹ Burgenland (N)	190	241	428	1.084	1.442	1.320
Fälle ungeklärt ² (n)	37	64	142	402	799	909
Indexfälle ³ (n)	25	36	85	179	212	74
Anteil geklärt	80,5%	73,4%	66,8%	62,9%	44,6%	31,1%
Fälle geklärt ⁴ (n)	153	177	286	682	643	411
Clusterfälle ⁵ (n)	169	204	357	839	830	453
sporadisch importierte Fälle (n)	4	6	3	9	7	2
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	140	165	267	657	615	379
Haushalt	37,1%	52,7%	42,7%	45,5%	53,3%	55,9%
Freizeit	15,0%	18,8%	31,5%	27,1%	24,7%	26,4%
Gesundheit-Sozial	5,7%	7,9%	1,5%	10,7%	11,9%	10,3%
Arbeit	7,1%	7,9%	11,6%	9,7%	7,6%	4,2%
Hotel-Gastro	5,0%	0,0%	3,4%	0,9%	1,0%	0,0%
Bildung	22,9%	4,2%	7,9%	5,0%	0,8%	2,6%
Transport	0,0%	1,8%	1,1%	0,5%	0,3%	0,5%
Reise	1,4%	1,8%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%
Haushalt (n)	52	87	114	299	328	212
Bildung (n)	32	7	21	33	5	10
Gesundheit-Sozial (n)	8	13	4	70	73	39
Reise (n)	2	3	0	4	0	0

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

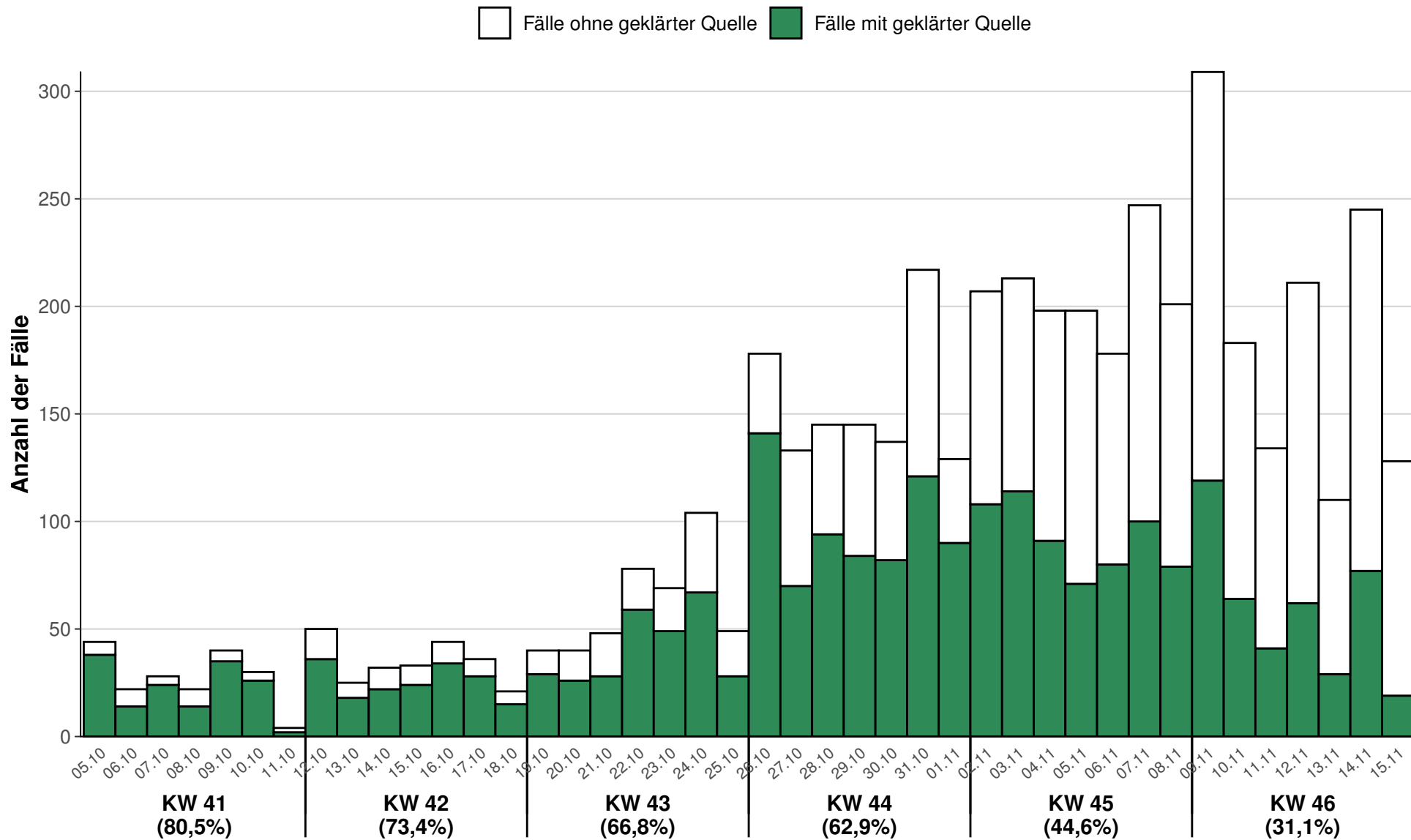
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

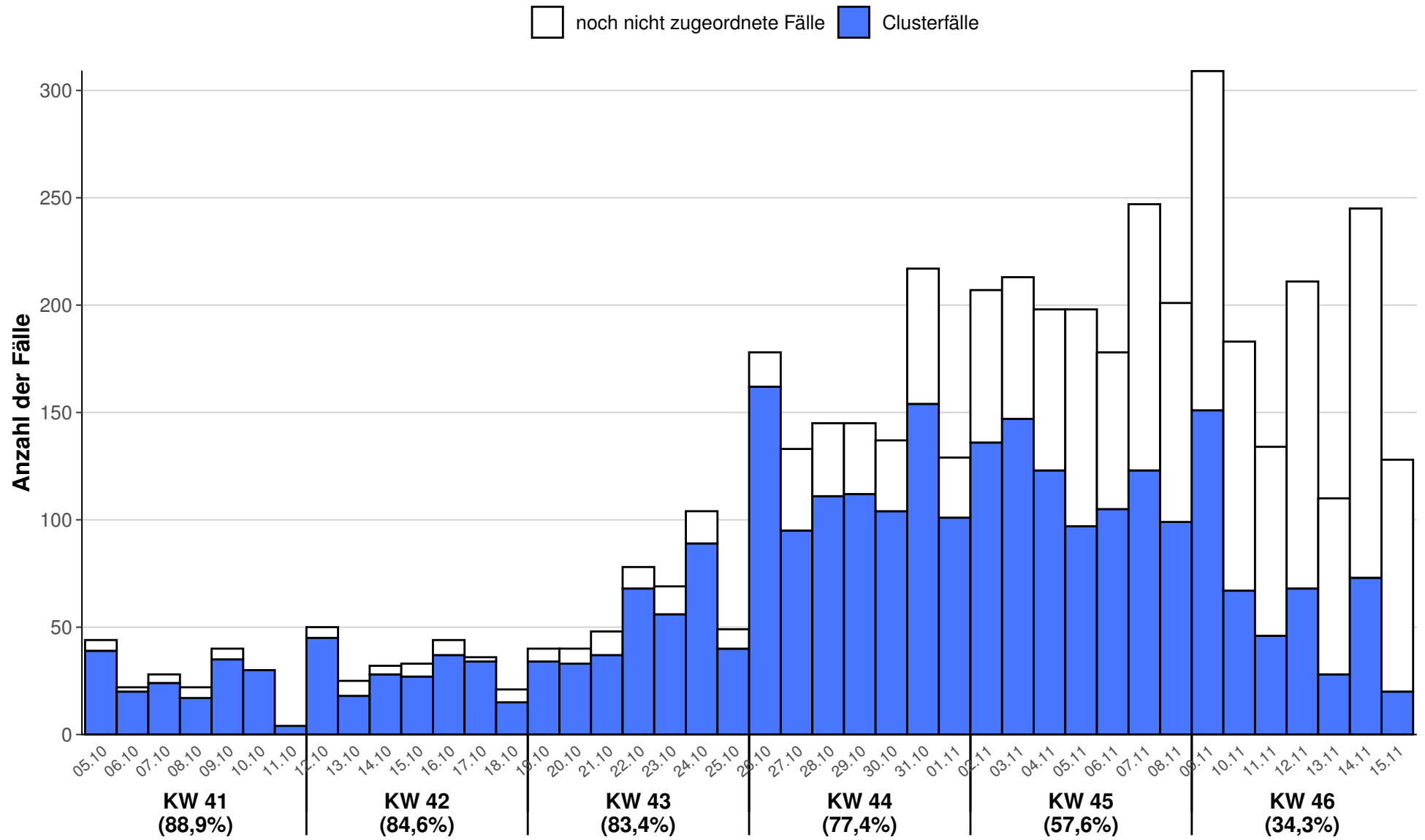
Geklärte Fälle

Abbildung 4: Burgenland, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



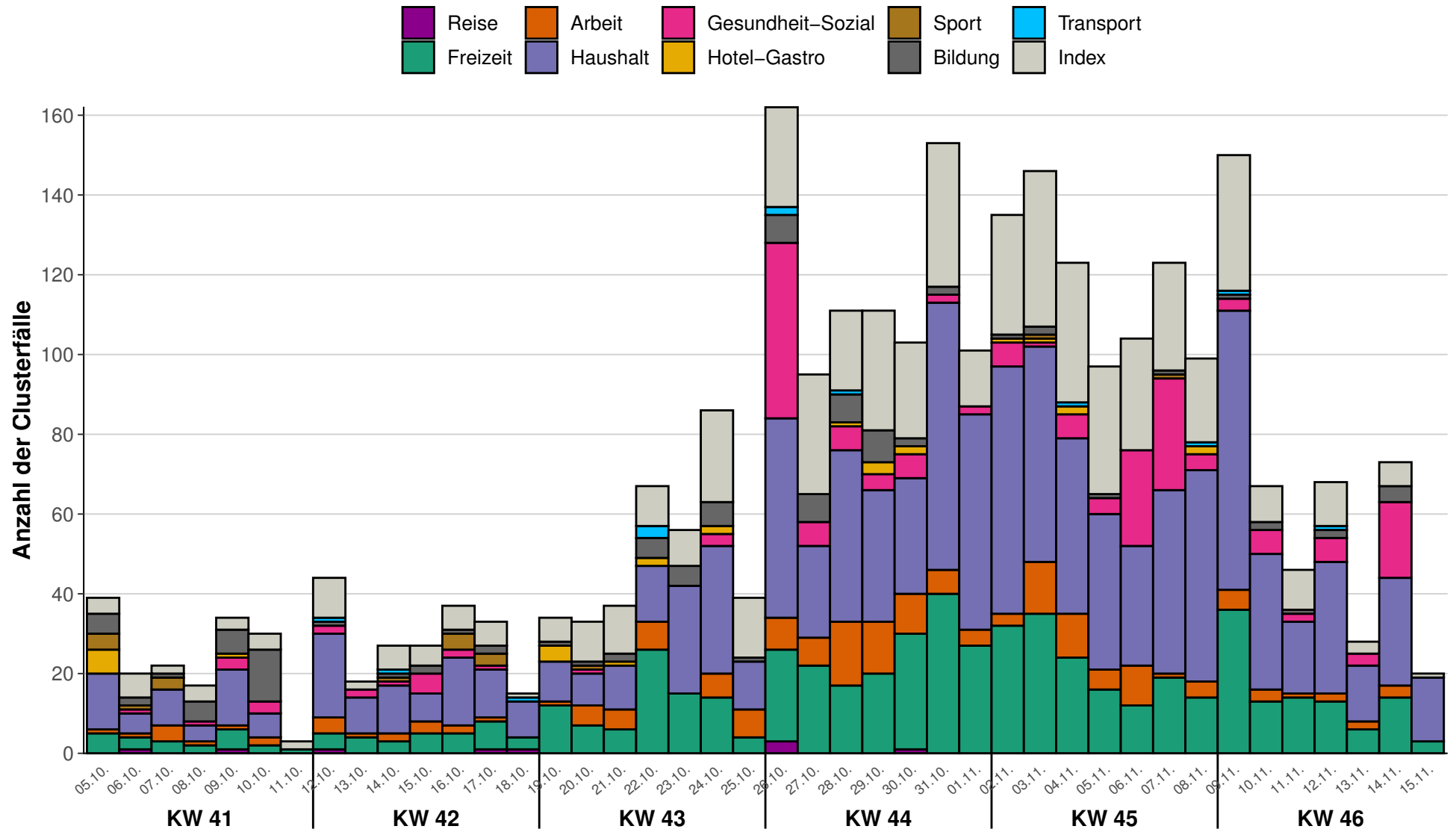
Clusterfälle

Abbildung 5: Burgenland, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 6: Burgenland, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Kärnten

Zusammenfassung

Tabelle 3: Kärnten, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	41	42	43	44	45	46
Fälle ¹ Kärnten (N)	206	294	433	1.149	2.057	3.512
Fälle ungeklärt ² (n)	61	65	198	559	1.263	2.498
Indexfälle ³ (n)	35	34	88	240	391	367
Anteil geklärt	70,4%	77,9%	54,3%	51,3%	38,6%	28,9%
Fälle geklärt ⁴ (n)	145	229	235	590	794	1.014
Clusterfälle ⁵ (n)	176	255	306	809	1.161	1.357
sporadisch importierte Fälle (n)	2	6	7	6	6	3
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	140	220	220	563	764	980
Haushalt	37,1%	33,6%	40,5%	50,1%	69,8%	69,3%
Freizeit	18,6%	22,3%	21,4%	29,7%	22,6%	12,9%
Gesundheit-Sozial	35,7%	31,4%	23,2%	14,4%	3,8%	16,8%
Arbeit	1,4%	1,4%	0,9%	0,4%	1,4%	0,3%
Hotel-Gastro	0,0%	0,9%	5,0%	0,4%	0,0%	0,1%
Bildung	2,9%	7,7%	1,8%	4,3%	0,5%	0,5%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
Reise	1,4%	1,4%	0,0%	0,2%	1,2%	0,1%
Haushalt (n)	52	74	89	282	533	679
Bildung (n)	4	17	4	24	4	5
Gesundheit-Sozial (n)	50	69	51	81	29	165
Reise (n)	2	3	0	1	9	1

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

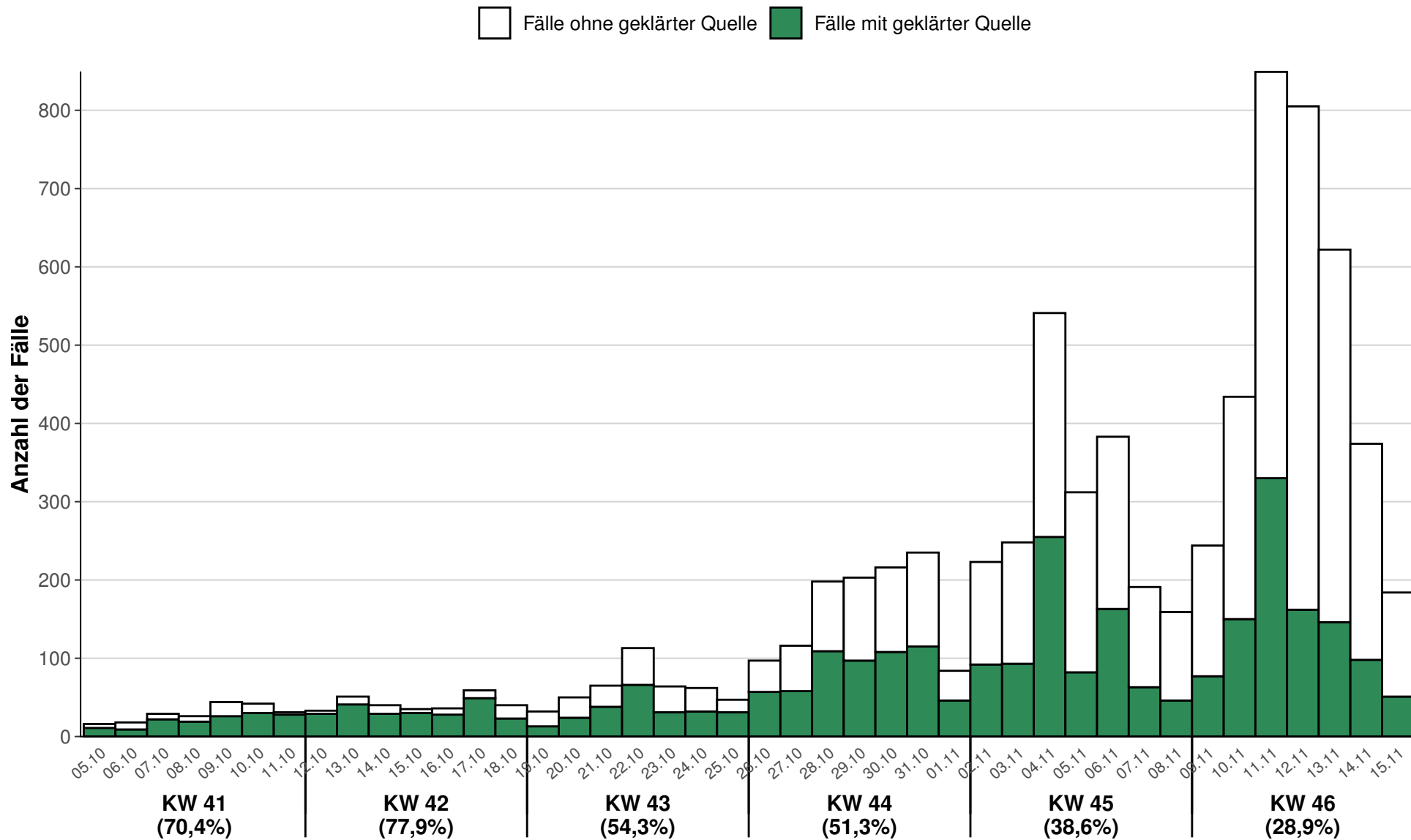
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

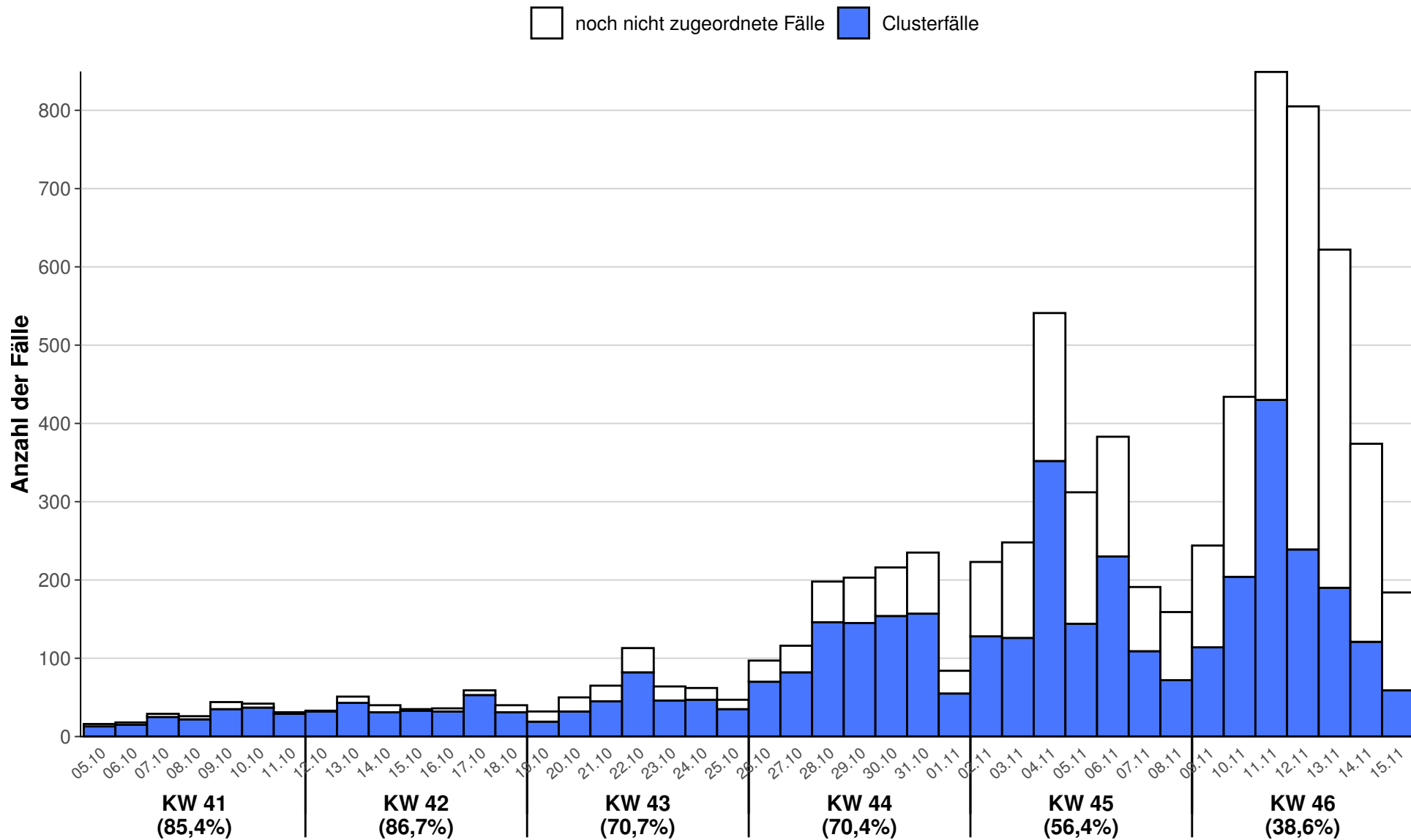
Geklärte Fälle

Abbildung 7: Kärnten, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



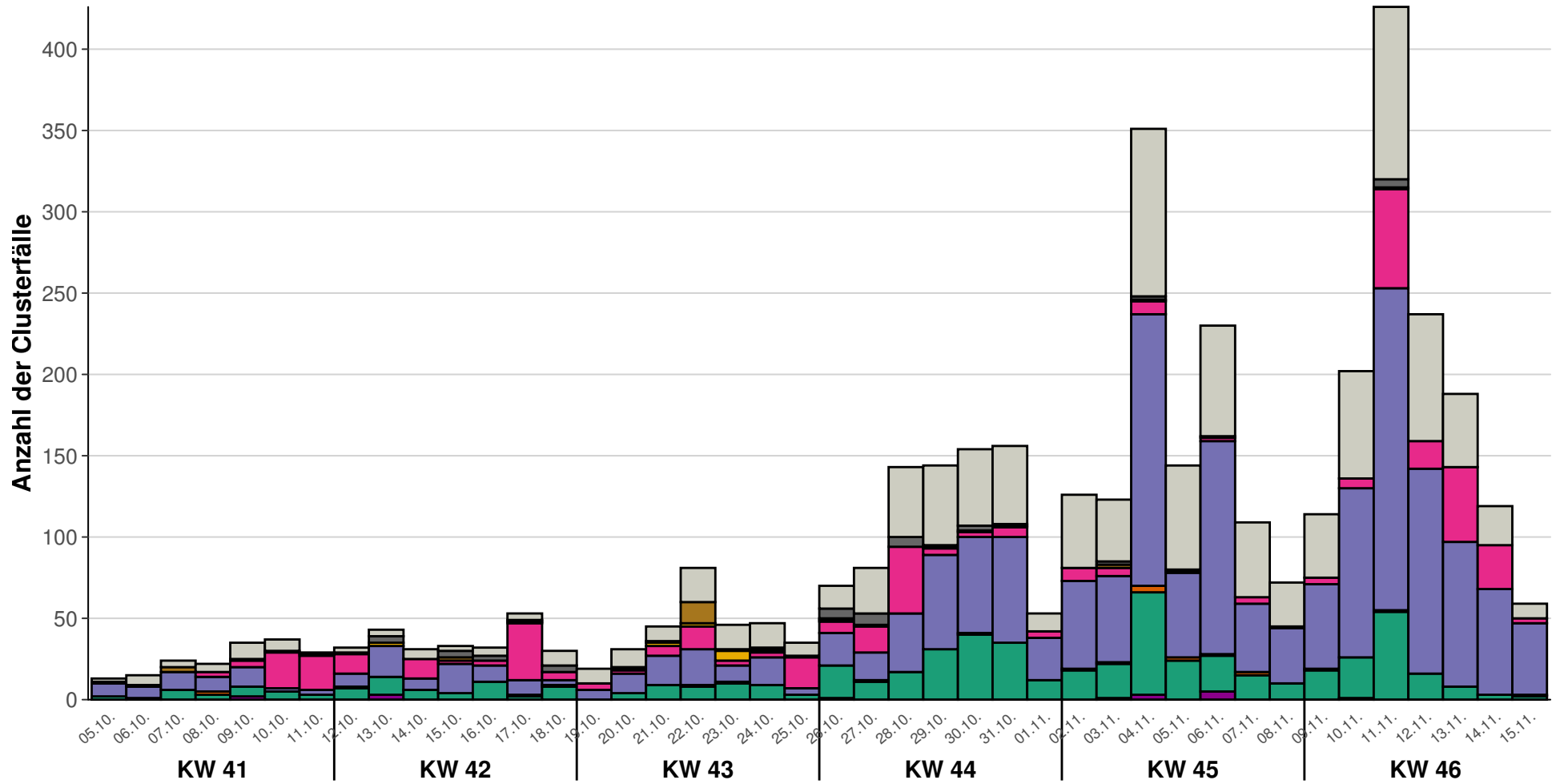
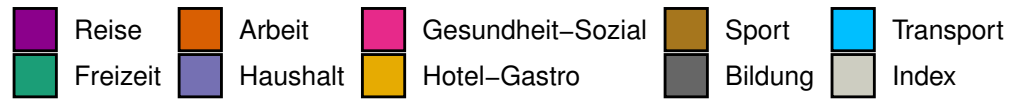
Clusterfälle

Abbildung 8: Kärnten, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 9: Kärnten, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Niederösterreich

Zusammenfassung

Tabelle 4: Niederösterreich, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	41	42	43	44	45	46
Fälle ¹ Niederösterreich (N)	1.162	1.384	2.653	4.731	6.497	6.632
Fälle ungeklärt ² (n)	304	426	1.059	2.544	4.192	5.438
Indexfälle ³ (n)	162	214	378	560	639	227
Anteil geklärt	73,8%	69,2%	60,1%	46,2%	35,5%	18,0%
Fälle geklärt ⁴ (n)	858	958	1.594	2.187	2.305	1.194
Clusterfälle ⁵ (n)	937	1.077	1.849	2.611	2.787	1.295
sporadisch importierte Fälle (n)	24	43	27	17	10	2
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	766	862	1.481	2.053	2.154	1.065
Haushalt	39,7%	43,9%	44,9%	46,3%	57,1%	63,6%
Freizeit	18,5%	21,0%	18,0%	21,8%	25,4%	17,7%
Gesundheit-Sozial	13,2%	10,9%	13,2%	11,3%	7,3%	10,6%
Arbeit	9,9%	10,4%	10,7%	7,6%	5,6%	4,0%
Hotel-Gastro	1,7%	4,6%	1,7%	2,8%	1,6%	0,2%
Bildung	13,1%	5,8%	9,3%	6,6%	1,2%	3,3%
Transport	0,8%	0,1%	0,3%	1,2%	0,2%	0,1%
Reise	0,9%	1,9%	1,5%	1,4%	1,2%	0,4%
Haushalt (n)	304	378	665	951	1.230	677
Bildung (n)	100	50	138	135	26	35
Gesundheit-Sozial (n)	101	94	196	233	157	113
Reise (n)	7	16	22	29	25	4

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

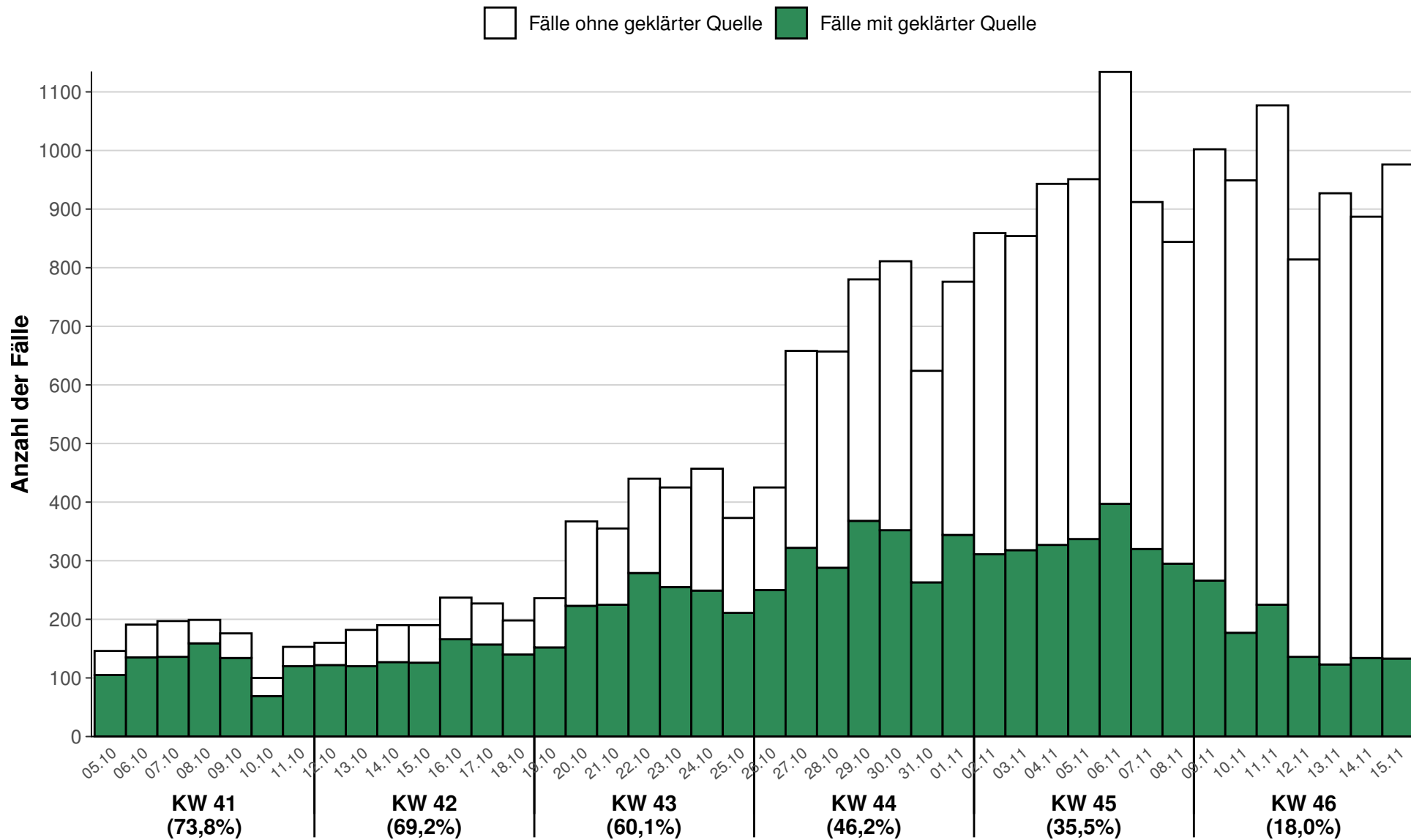
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

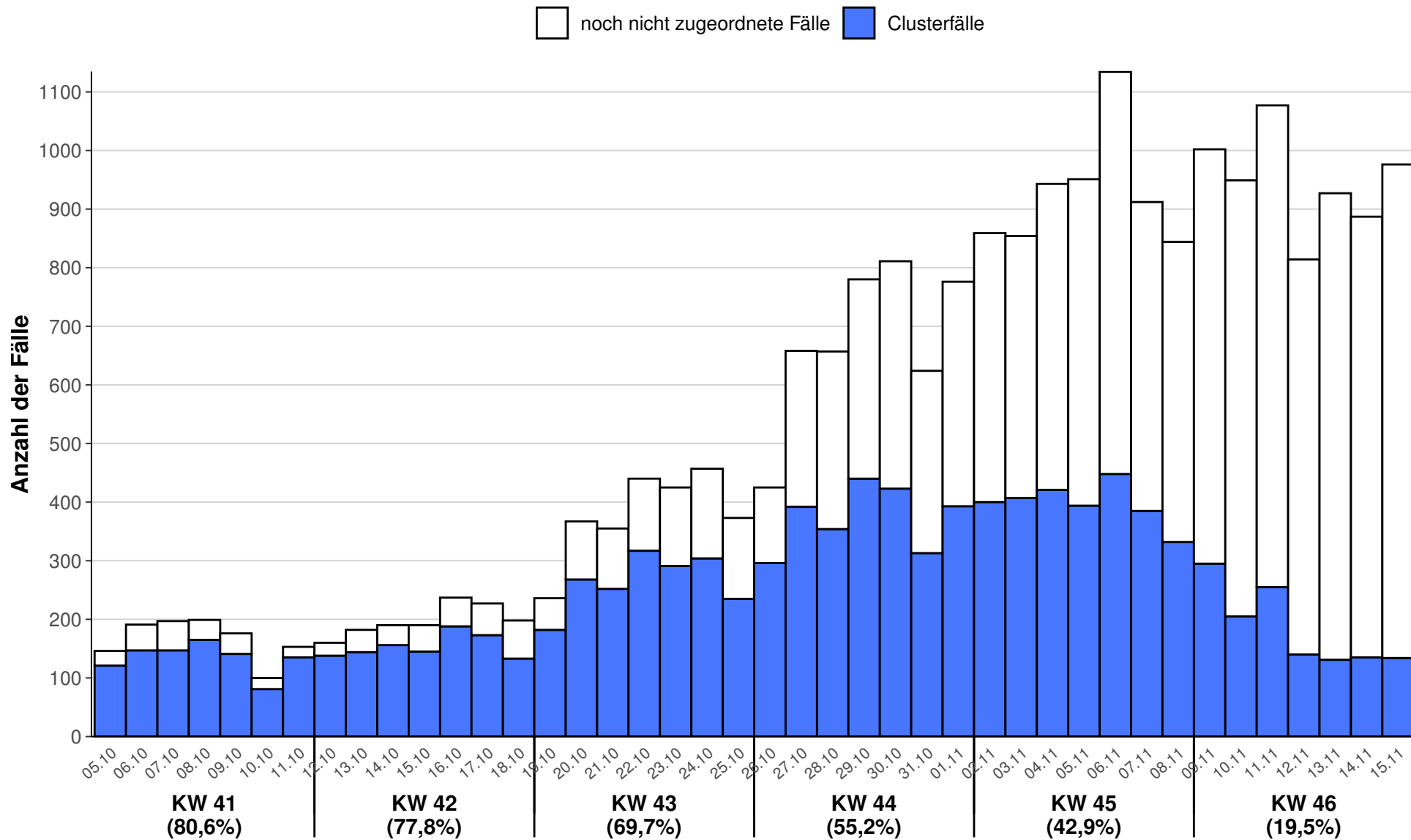
Geklärte Fälle

Abbildung 10: Niederösterreich, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



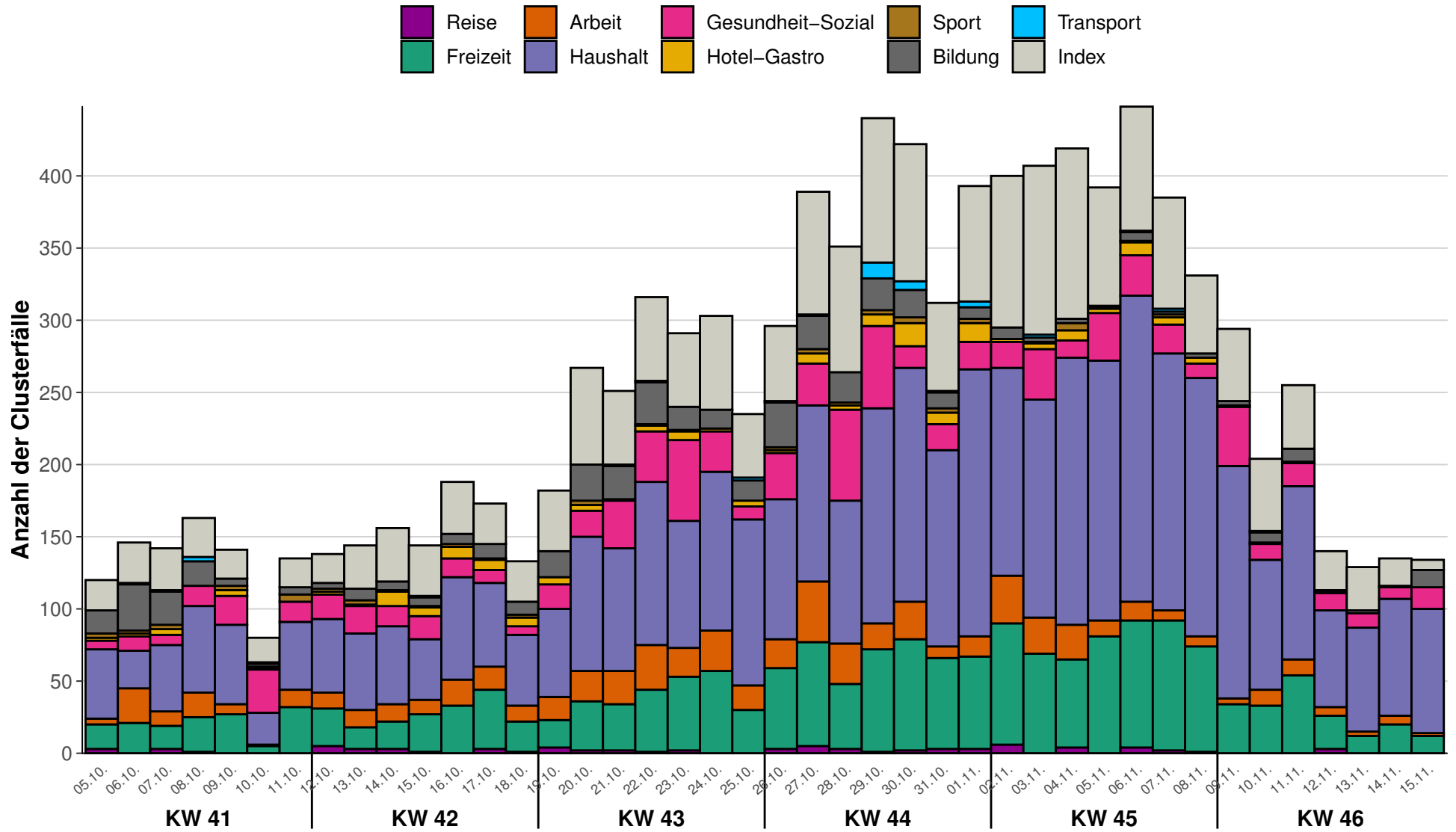
Clusterfälle

Abbildung 11: Niederösterreich, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 12: Niederösterreich, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Oberösterreich

Zusammenfassung

Tabelle 5: Oberösterreich, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	41	42	43	44	45	46
Fälle ¹ Oberösterreich (N)	1.061	1.466	3.536	6.697	11.241	10.379
Fälle ungeklärt ² (n)	256	511	1.889	4.160	8.920	9.436
Indexfälle ³ (n)	150	198	527	888	934	170
Anteil geklärt	75,9%	65,1%	46,6%	37,9%	20,6%	9,1%
Fälle geklärt ⁴ (n)	805	955	1.647	2.537	2.321	943
Clusterfälle ⁵ (n)	920	1.118	2.123	3.352	3.162	971
sporadisch importierte Fälle (n)	18	10	17	23	6	8
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	758	904	1.584	2.450	2.218	784
Haushalt	41,6%	41,2%	43,9%	59,6%	73,5%	66,6%
Freizeit	26,0%	26,7%	22,7%	18,8%	11,8%	8,3%
Gesundheit-Sozial	8,4%	9,5%	17,4%	10,2%	12,5%	24,6%
Arbeit	11,1%	10,1%	5,7%	2,3%	1,4%	0,1%
Hotel-Gastro	3,3%	3,4%	1,0%	0,5%	0,0%	0,1%
Bildung	8,2%	6,6%	7,4%	7,7%	0,2%	0,0%
Transport	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Reise	1,3%	1,3%	0,9%	0,5%	0,4%	0,3%
Haushalt (n)	315	372	696	1.459	1.631	522
Bildung (n)	62	60	117	189	5	0
Gesundheit-Sozial (n)	64	86	276	250	278	193
Reise (n)	10	12	14	13	8	2

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

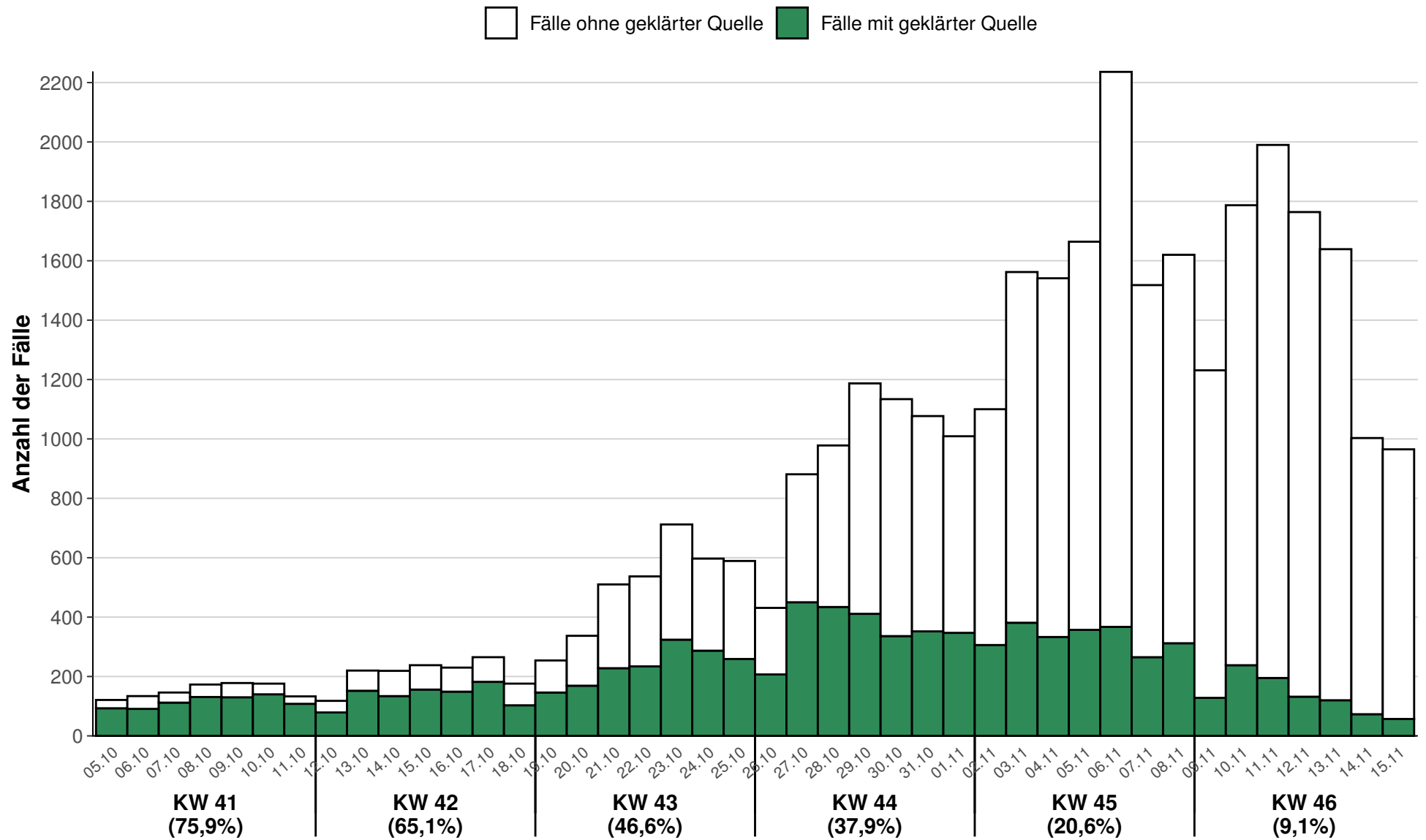
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

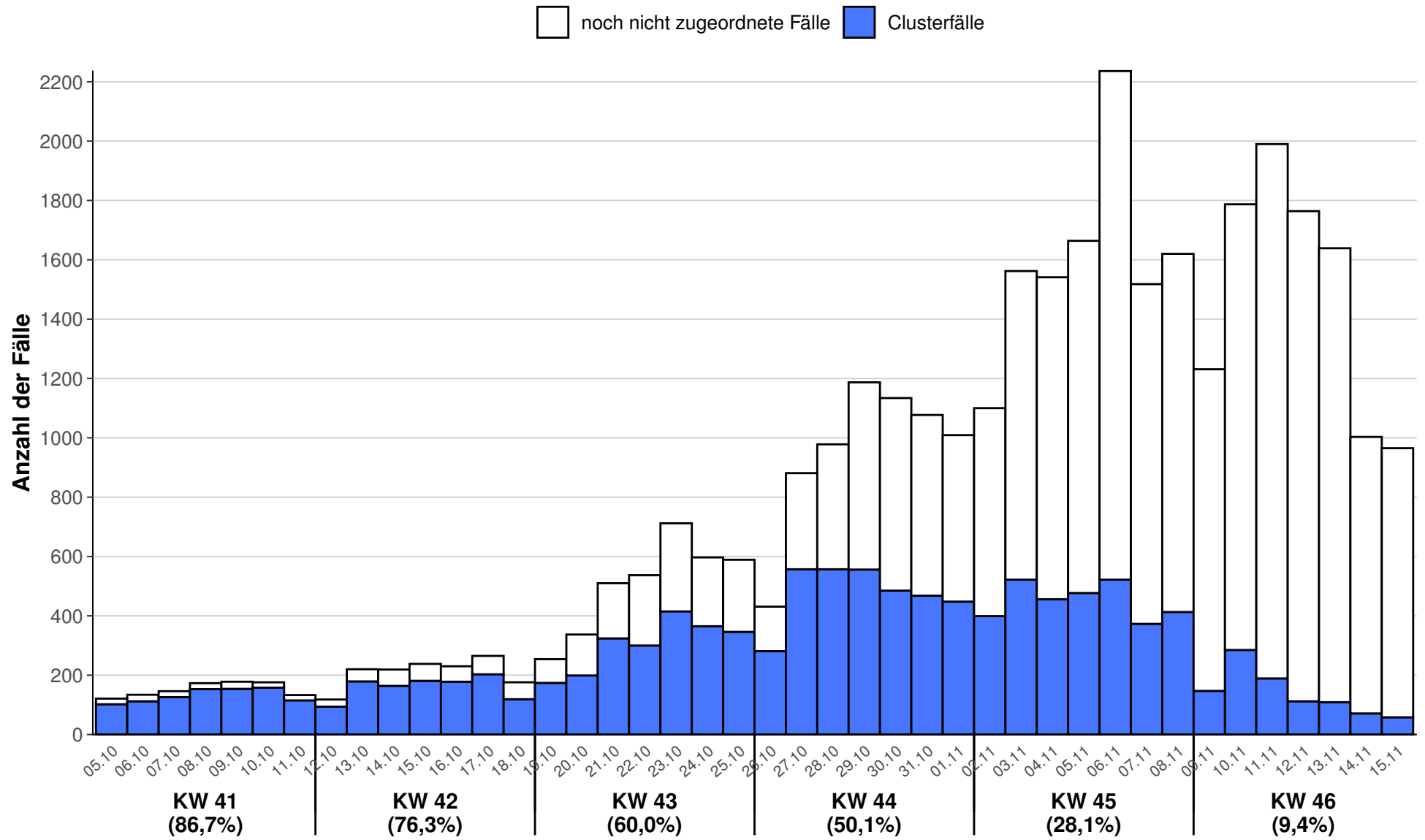
Geklärte Fälle

Abbildung 13: Oberösterreich, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



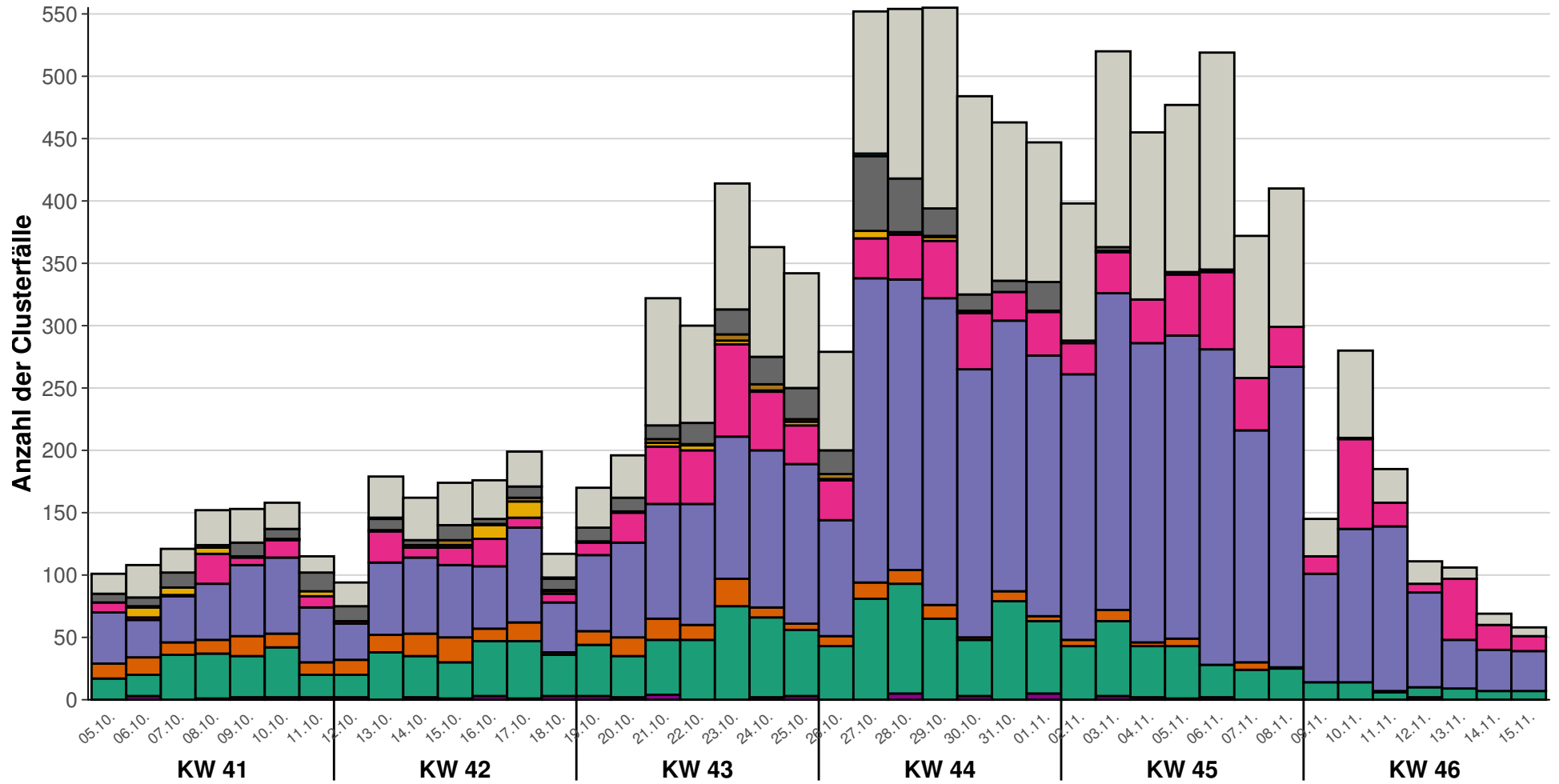
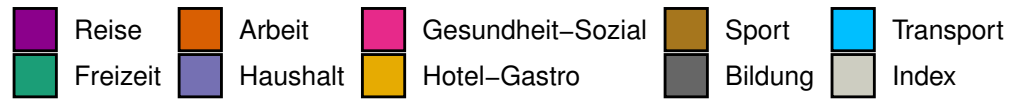
Clusterfälle

Abbildung 14: Oberösterreich, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 15: Oberösterreich, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Salzburg

Zusammenfassung

Tabelle 6: Salzburg, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	41	42	43	44	45	46
Fälle ¹ Salzburg (N)	432	978	1.661	2.184	3.284	3.637
Fälle ungeklärt ² (n)	150	435	859	1.059	1.920	2.398
Indexfälle ³ (n)	75	187	316	458	679	473
Anteil geklärt	65,3%	55,5%	48,3%	51,5%	41,5%	34,1%
Fälle geklärt ⁴ (n)	282	543	802	1.125	1.364	1.239
Clusterfälle ⁵ (n)	342	716	1.083	1.549	2.004	1.688
sporadisch importierte Fälle (n)	10	10	25	20	31	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	254	511	756	1.100	1.316	1.189
Haushalt	48,4%	59,5%	54,9%	61,2%	67,6%	85,7%
Freizeit	26,0%	21,9%	21,7%	20,9%	18,2%	5,8%
Gesundheit-Sozial	5,5%	4,1%	7,7%	7,7%	8,2%	6,9%
Arbeit	3,5%	5,9%	7,9%	5,4%	3,3%	0,5%
Hotel-Gastro	0,8%	1,2%	0,5%	0,4%	0,3%	0,0%
Bildung	12,6%	6,8%	5,6%	3,5%	0,5%	0,8%
Transport	0,4%	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%
Reise	2,4%	0,4%	1,3%	0,8%	0,7%	0,2%
Haushalt (n)	123	304	415	673	889	1.019
Bildung (n)	32	35	42	38	6	10
Gesundheit-Sozial (n)	14	21	58	85	108	82
Reise (n)	6	2	10	9	9	2

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

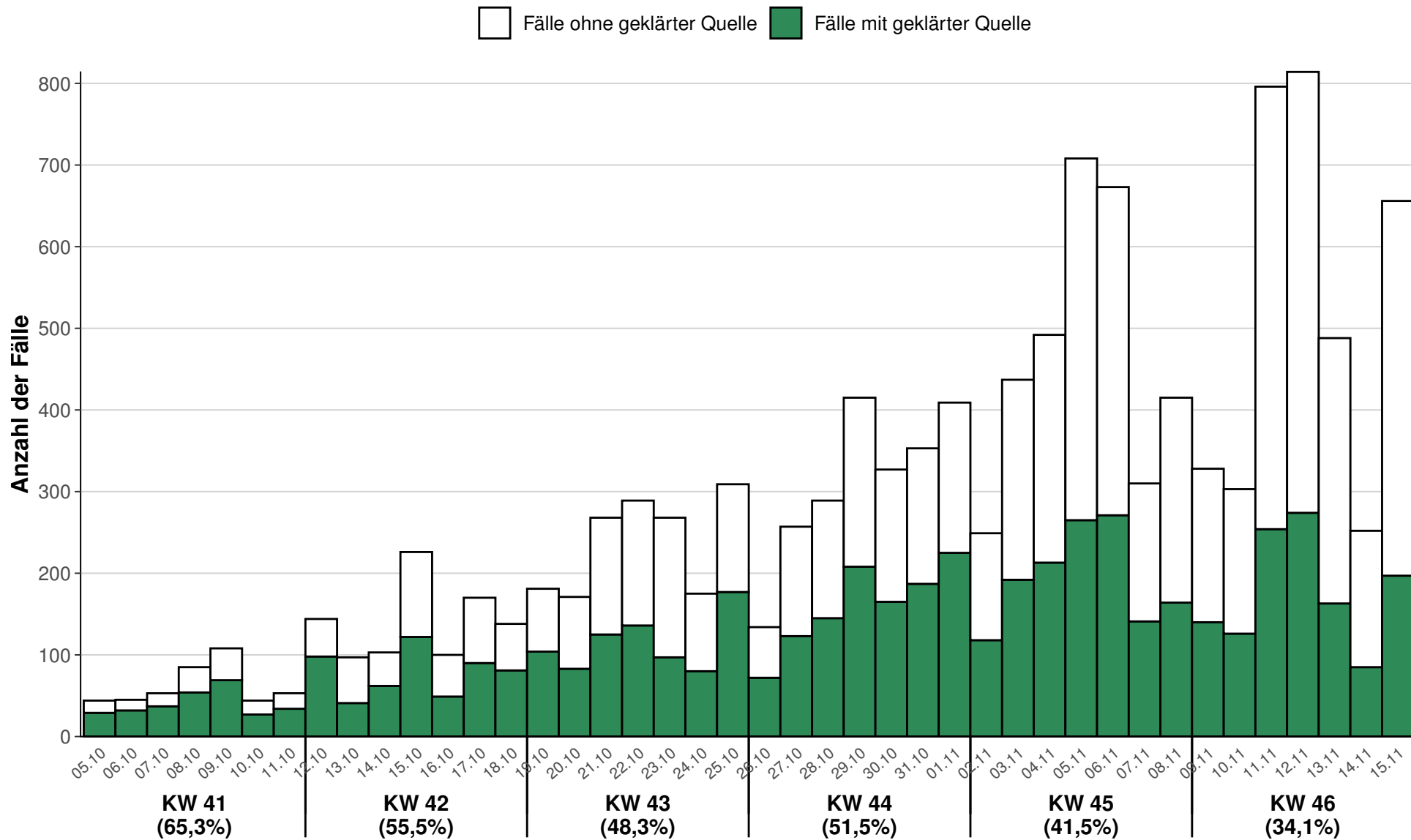
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

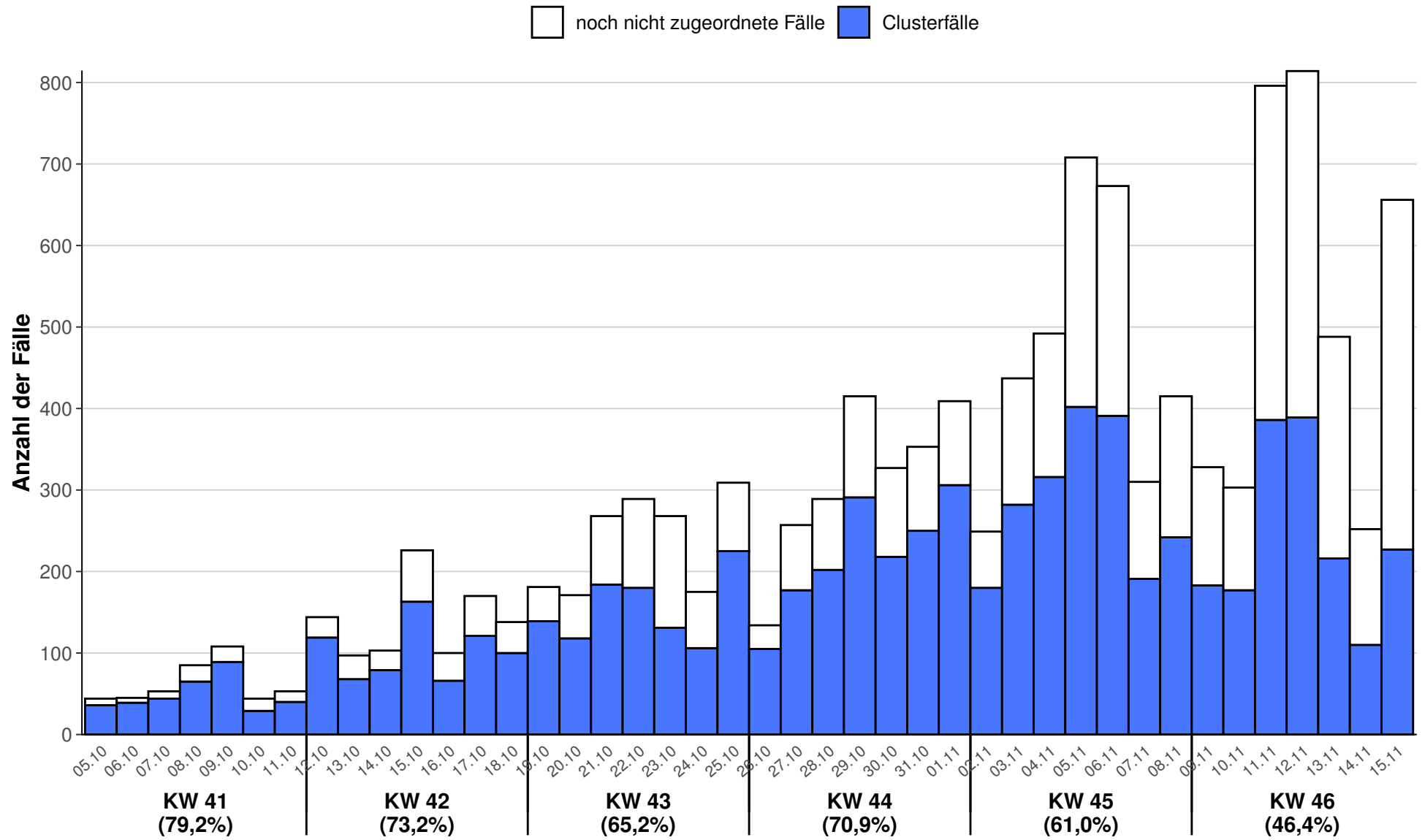
Geklärte Fälle

Abbildung 16: Salzburg, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



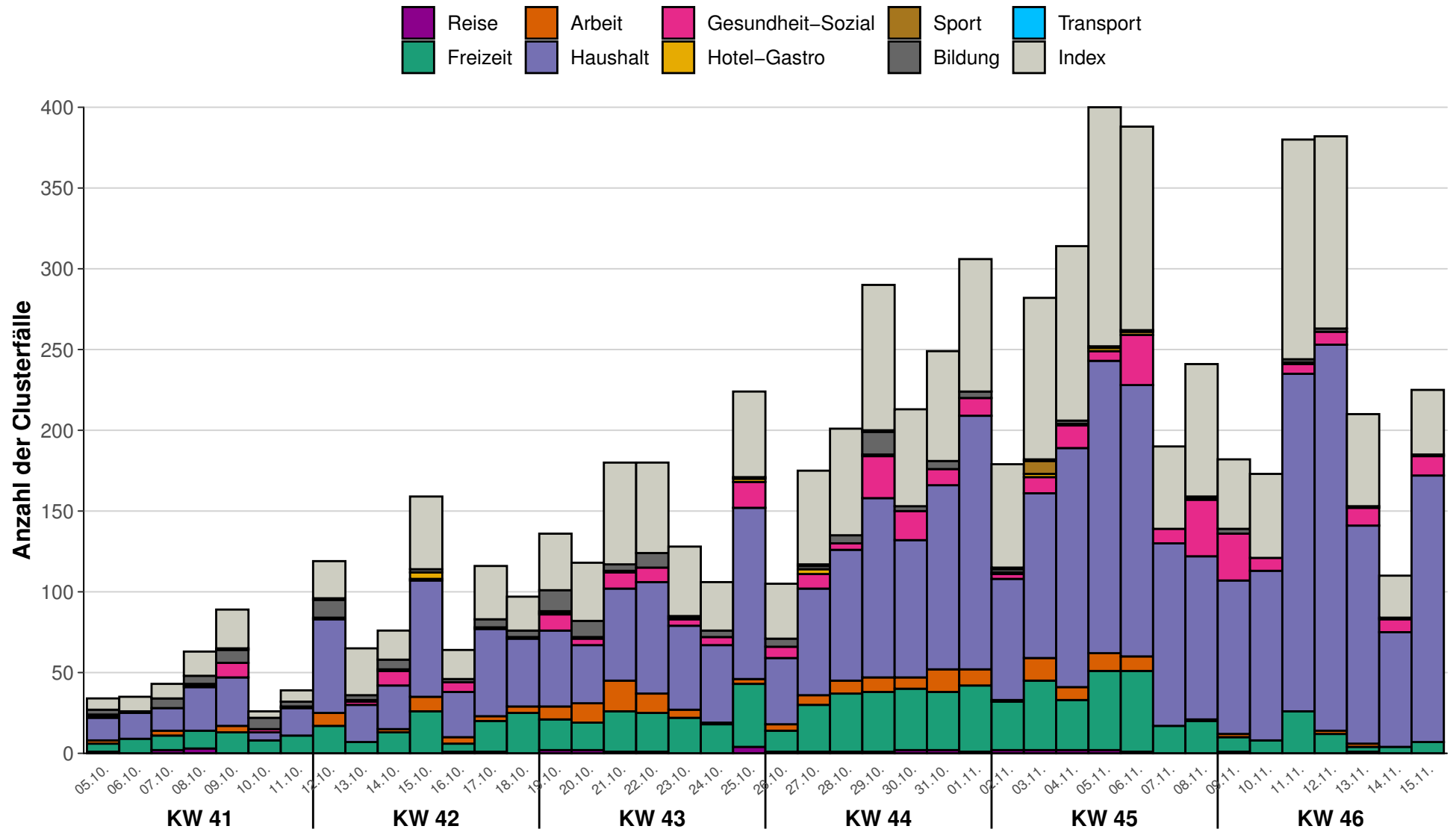
Clusterfälle

Abbildung 17: Salzburg, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 18: Salzburg, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Steiermark

Zusammenfassung

Tabelle 7: Steiermark, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	41	42	43	44	45	46
Fälle ¹ Steiermark (N)	438	828	1.820	3.707	5.739	5.552
Fälle ungeklärt ² (n)	154	315	911	2.621	4.724	4.987
Indexfälle ³ (n)	75	145	288	322	293	133
Anteil geklärt	64,8%	62,0%	49,9%	29,3%	17,7%	10,2%
Fälle geklärt ⁴ (n)	284	513	909	1.086	1.015	565
Clusterfälle ⁵ (n)	329	638	1.156	1.347	1.271	684
sporadisch importierte Fälle (n)	14	11	15	5	2	3
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	248	490	864	1.018	970	548
Haushalt	38,7%	42,2%	37,8%	54,7%	57,0%	64,4%
Freizeit	17,3%	22,0%	16,1%	12,8%	17,1%	6,4%
Gesundheit-Sozial	14,5%	14,9%	25,9%	18,1%	23,1%	22,1%
Arbeit	14,1%	7,3%	6,9%	5,4%	2,0%	5,1%
Hotel-Gastro	0,8%	0,4%	1,0%	0,4%	0,3%	0,2%
Bildung	9,7%	9,6%	7,1%	7,2%	0,4%	0,9%
Transport	0,0%	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	3,6%	2,2%	3,0%	0,7%	0,1%	0,0%
Haushalt (n)	96	207	327	557	553	353
Bildung (n)	24	47	61	73	4	5
Gesundheit-Sozial (n)	36	73	224	184	224	121
Reise (n)	9	11	26	7	1	0

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

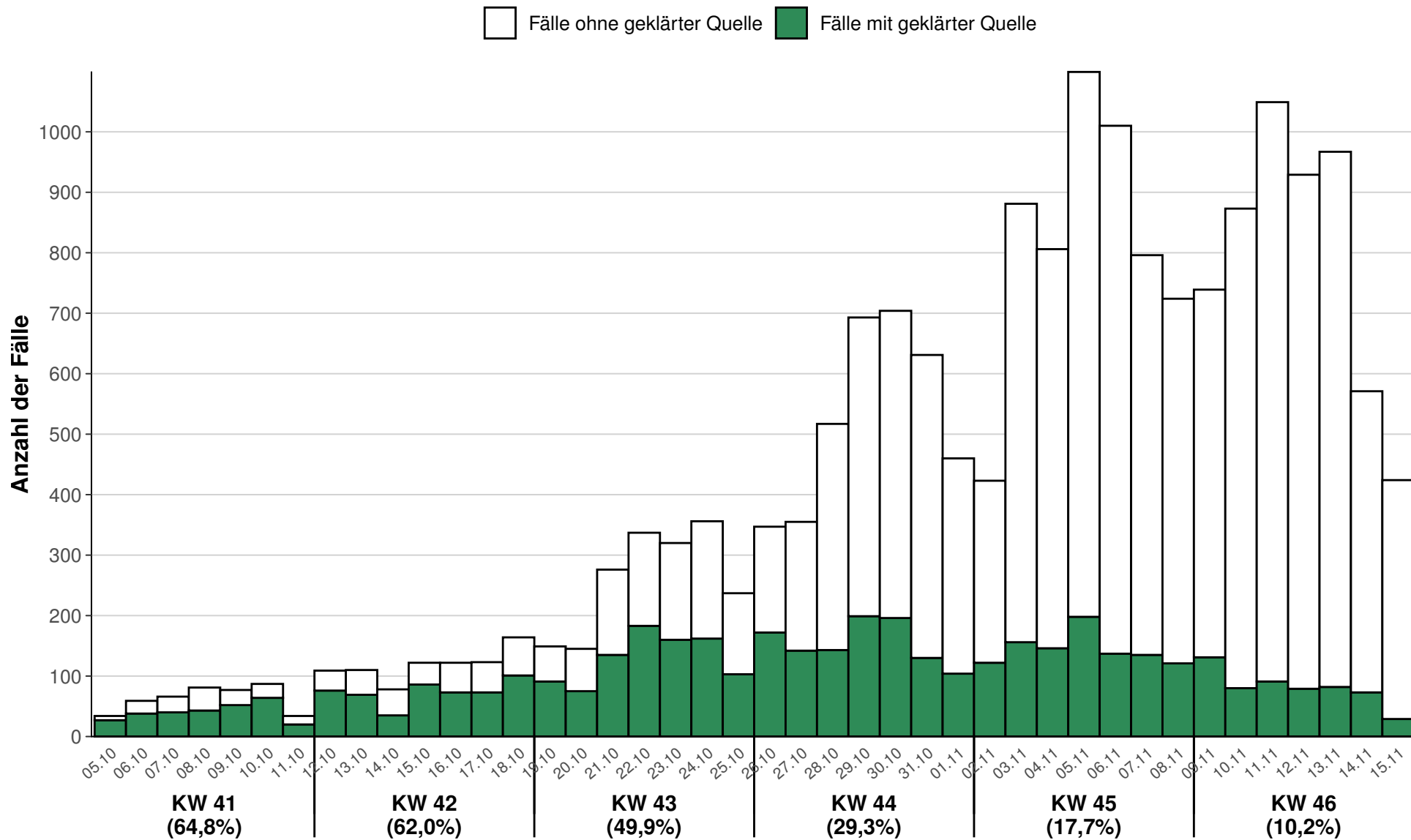
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

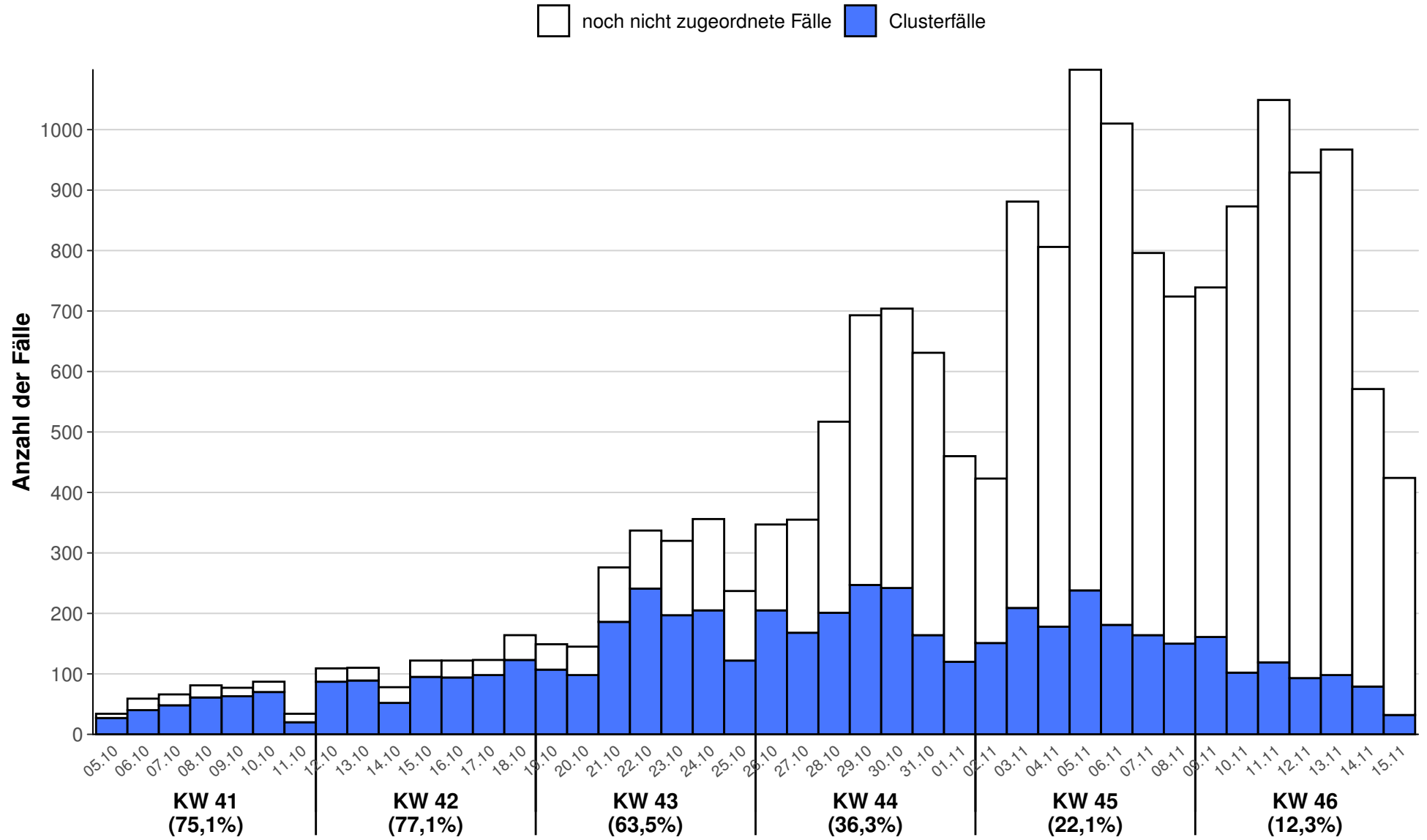
Geklärte Fälle

Abbildung 19: Steiermark, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



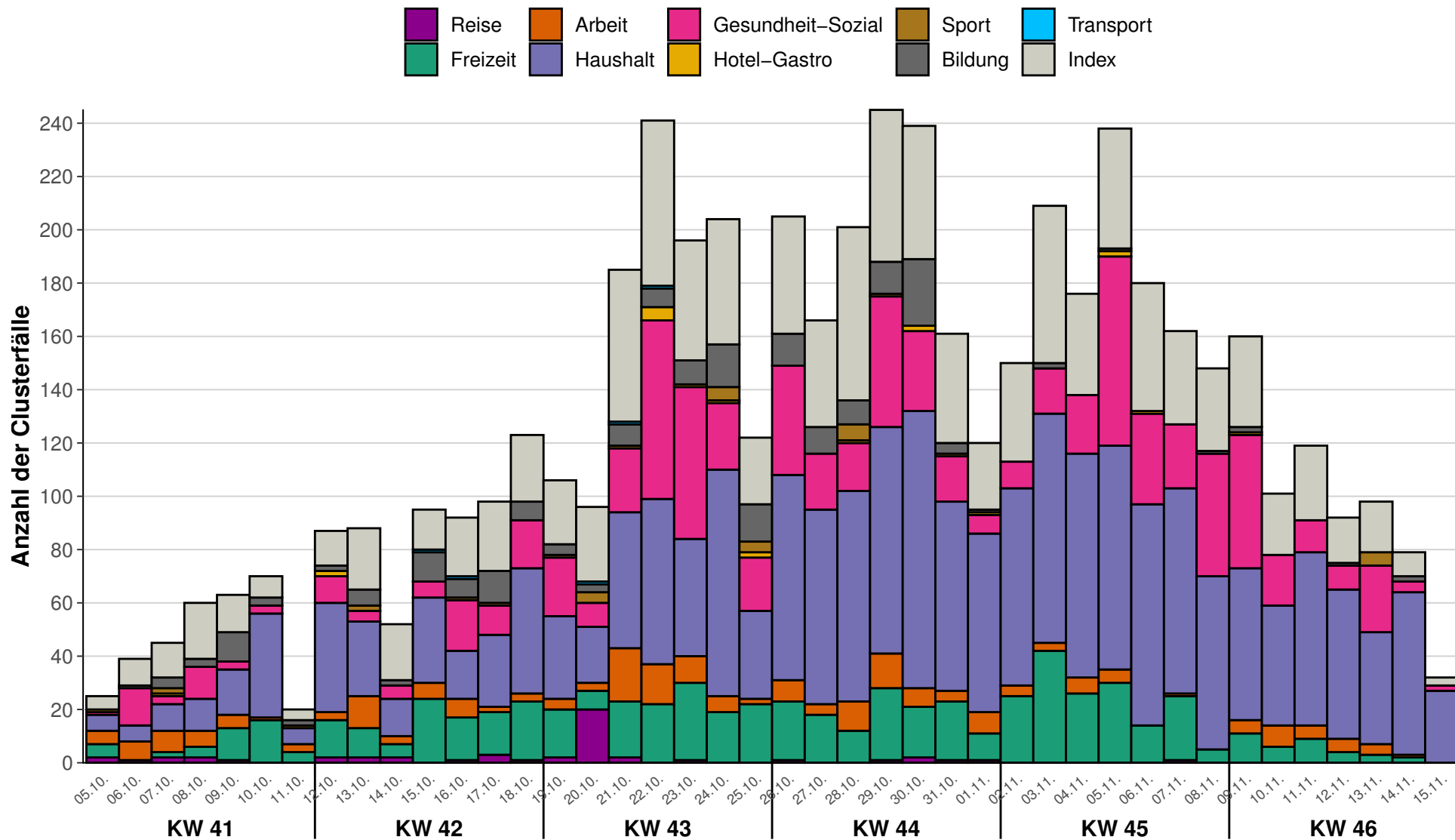
Clusterfälle

Abbildung 20: Steiermark, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 21: Steiermark, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Tirol

Zusammenfassung

Tabelle 8: Tirol, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	41	42	43	44	45	46
Fälle ¹ Tirol (N)	760	1.215	2.194	3.589	5.324	5.264
Fälle ungeklärt ² (n)	231	413	995	1.834	3.142	3.887
Indexfälle ³ (n)	128	189	354	640	842	234
Anteil geklärt	69,6%	66,0%	54,6%	48,9%	41,0%	26,2%
Fälle geklärt ⁴ (n)	529	802	1.199	1.755	2.182	1.377
Clusterfälle ⁵ (n)	602	924	1.447	2.260	2.860	1.396
sporadisch importierte Fälle (n)	10	14	9	20	25	6
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	482	743	1.099	1.634	2.040	1.165
Haushalt	37,1%	36,9%	40,8%	56,7%	62,8%	73,6%
Freizeit	34,0%	37,3%	36,7%	27,2%	23,9%	12,2%
Gesundheit-Sozial	14,1%	6,7%	7,6%	8,3%	10,0%	10,9%
Arbeit	5,2%	4,6%	6,1%	1,0%	0,3%	0,3%
Hotel-Gastro	0,0%	0,5%	0,2%	0,9%	0,3%	0,0%
Bildung	5,6%	10,6%	5,8%	2,9%	0,3%	2,5%
Transport	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Reise	2,9%	3,1%	2,1%	2,0%	2,0%	0,6%
Haushalt (n)	179	274	448	926	1.281	857
Bildung (n)	27	79	64	47	6	29
Gesundheit-Sozial (n)	68	50	83	136	204	127
Reise (n)	14	23	23	32	40	7

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

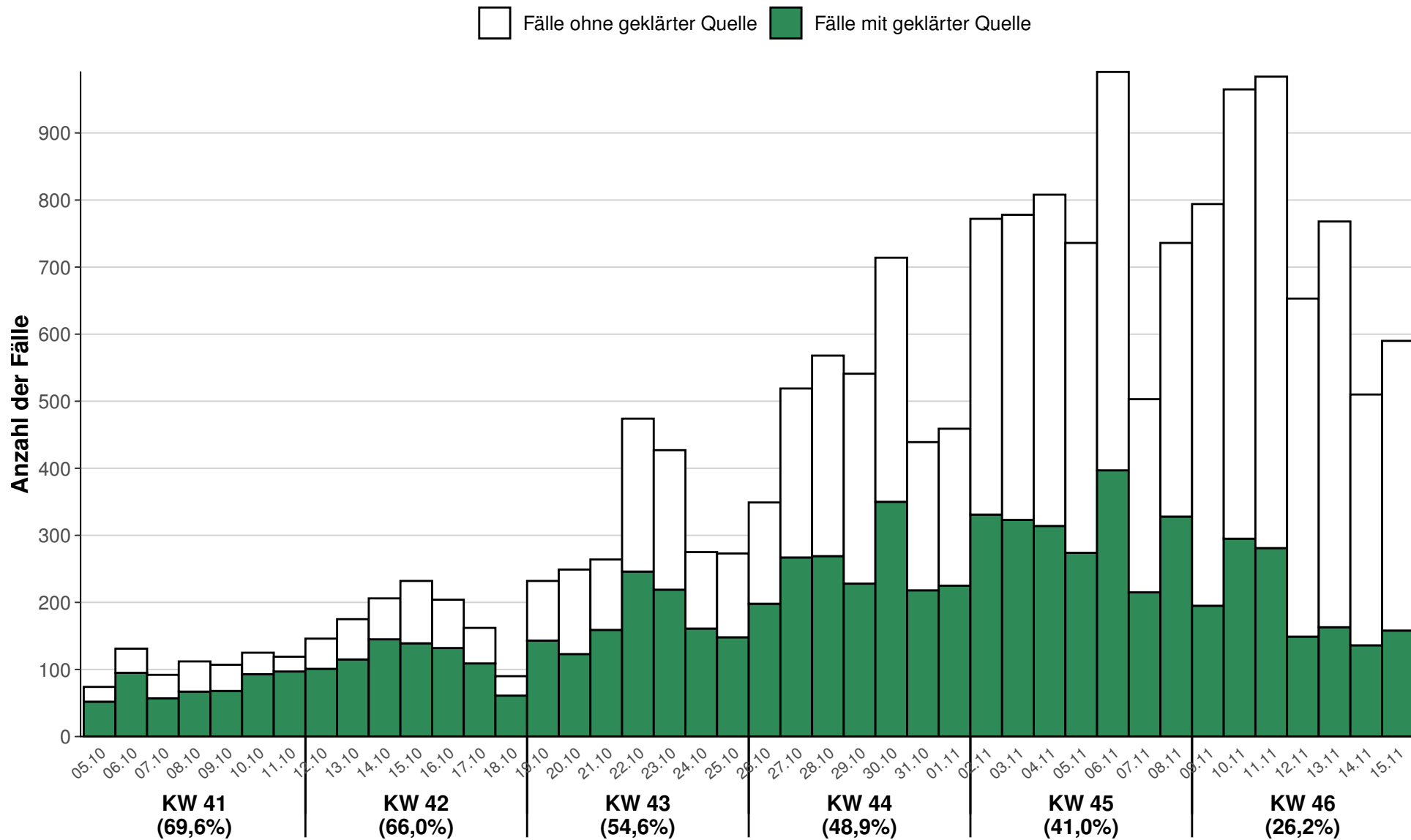
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

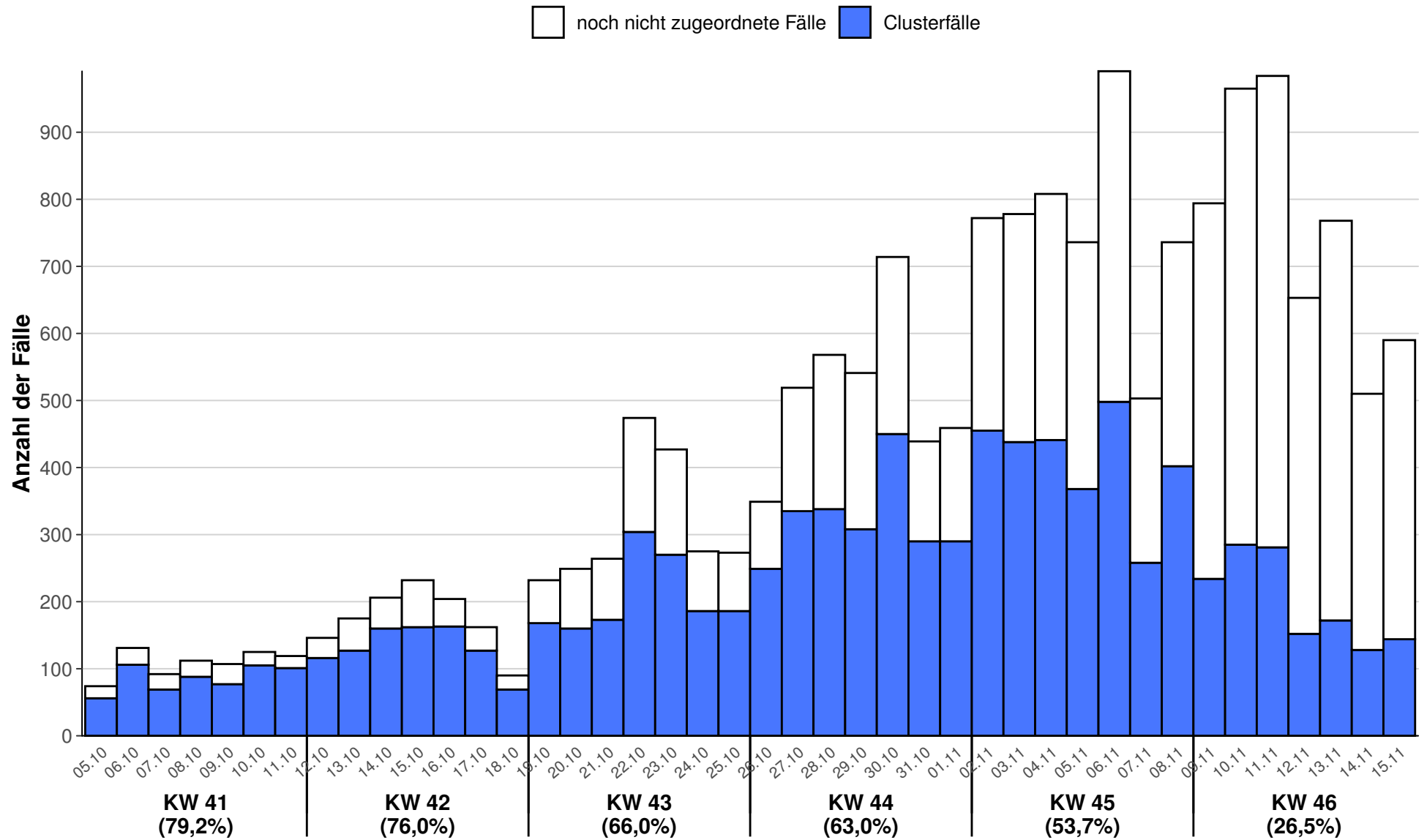
Geklärtc Fälle

Abbildung 22: Tirol, Fälle mit geklärcr Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



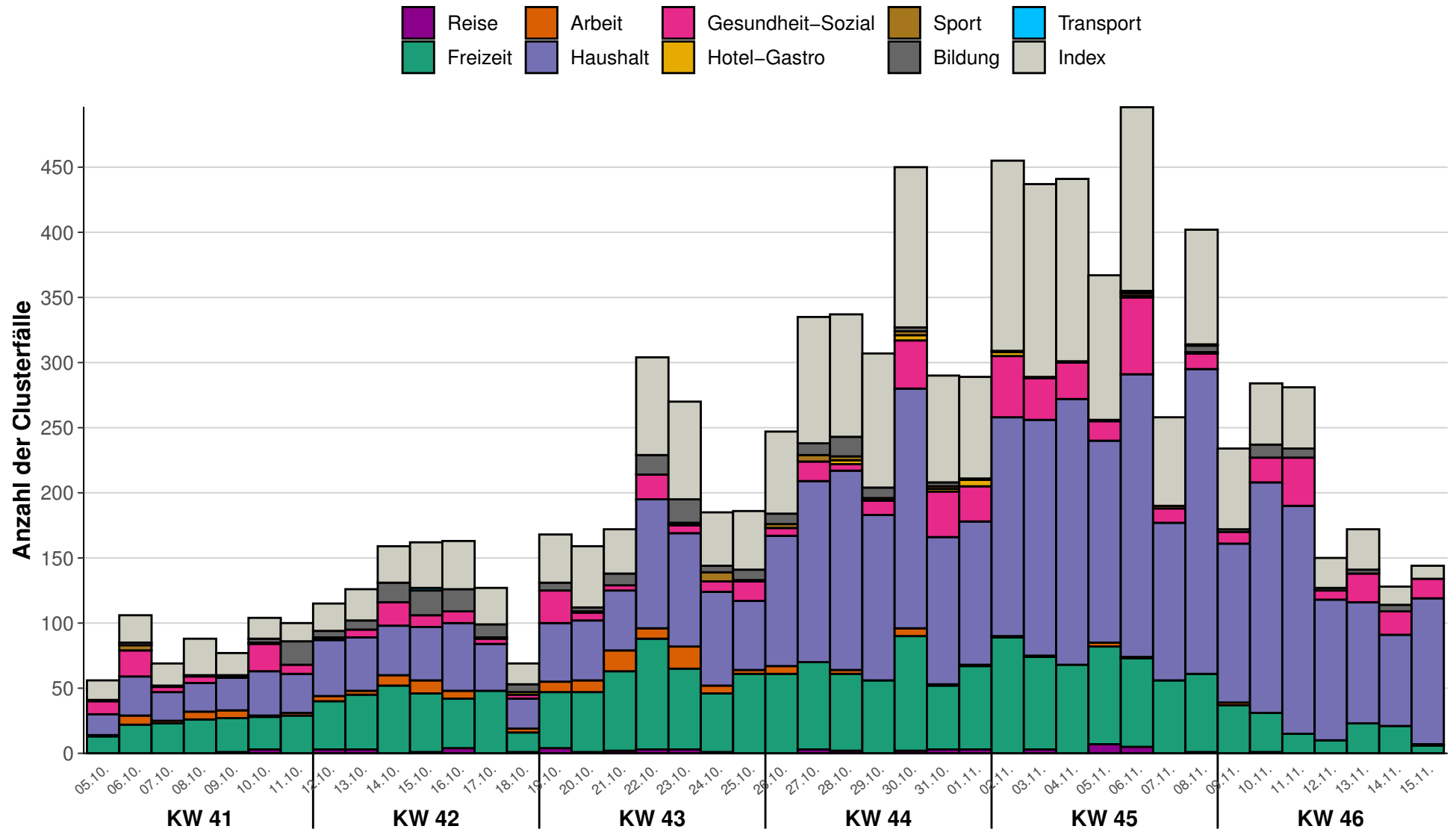
Clusterfälle

Abbildung 23: Tirol, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 24: Tirol, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Vorarlberg

Zusammenfassung

Tabelle 9: Vorarlberg, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	41	42	43	44	45	46
Fälle ¹ Vorarlberg (N)	349	633	1.080	2.044	2.877	3.087
Fälle ungeklärt ² (n)	81	170	474	1.230	2.193	2.727
Indexfälle ³ (n)	43	91	182	276	182	54
Anteil geklärt	76,8%	73,1%	56,1%	39,8%	23,8%	11,7%
Fälle geklärt ⁴ (n)	268	463	606	814	684	360
Clusterfälle ⁵ (n)	300	542	769	1.084	862	412
sporadisch importierte Fälle (n)	8	11	16	3	4	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	251	441	577	806	677	357
Haushalt	52,2%	44,9%	49,2%	69,7%	77,1%	82,1%
Freizeit	19,1%	22,0%	25,1%	16,1%	14,3%	9,0%
Gesundheit-Sozial	1,6%	6,8%	3,8%	3,7%	5,2%	6,4%
Arbeit	6,0%	9,5%	7,5%	4,5%	1,2%	1,4%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,1%	0,0%
Bildung	19,1%	13,2%	12,5%	4,0%	1,3%	0,3%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	1,2%	2,0%	0,5%	0,1%	0,0%	0,8%
Haushalt (n)	131	198	284	562	522	293
Bildung (n)	48	58	72	32	9	1
Gesundheit-Sozial (n)	4	30	22	30	35	23
Reise (n)	3	9	3	1	0	3

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

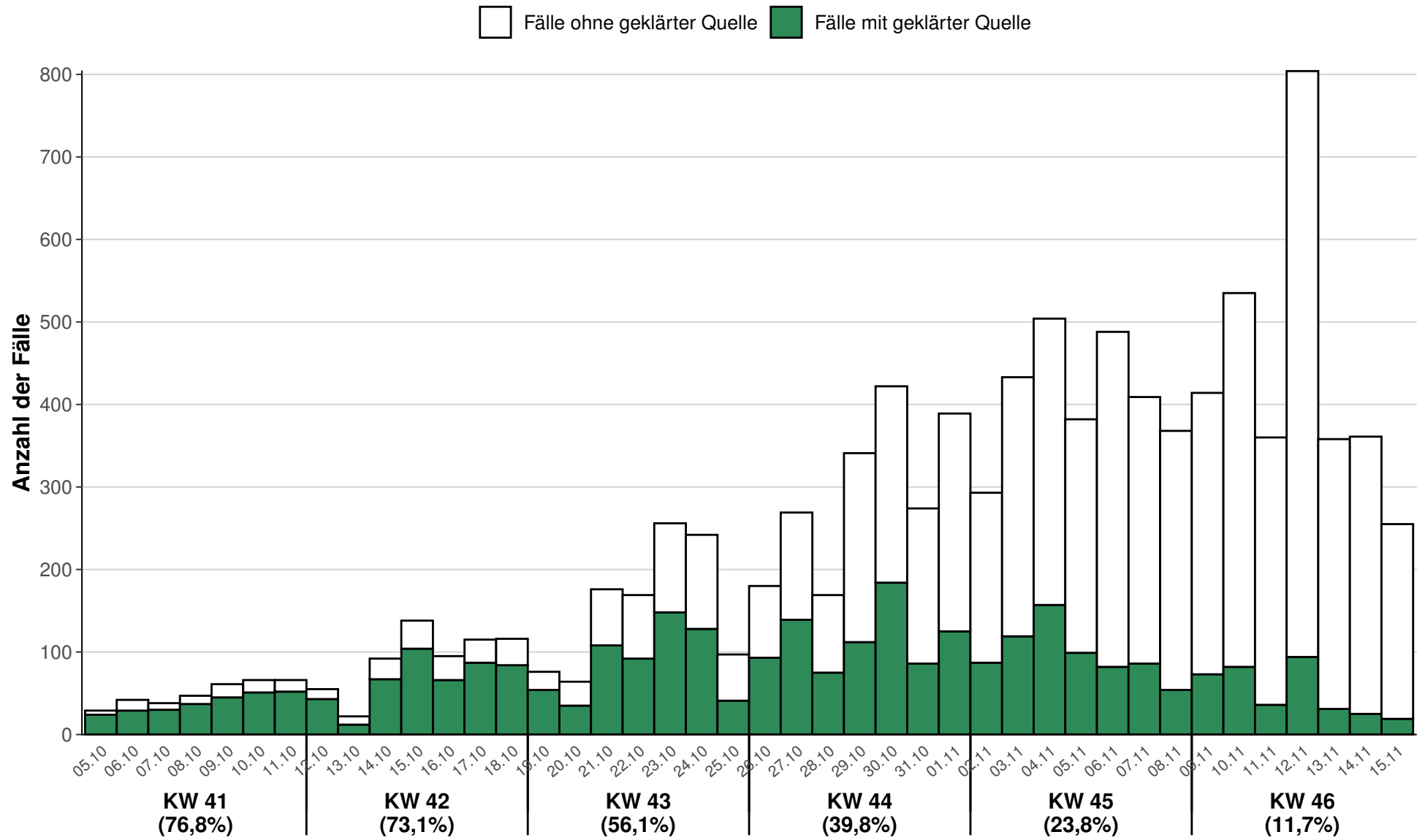
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

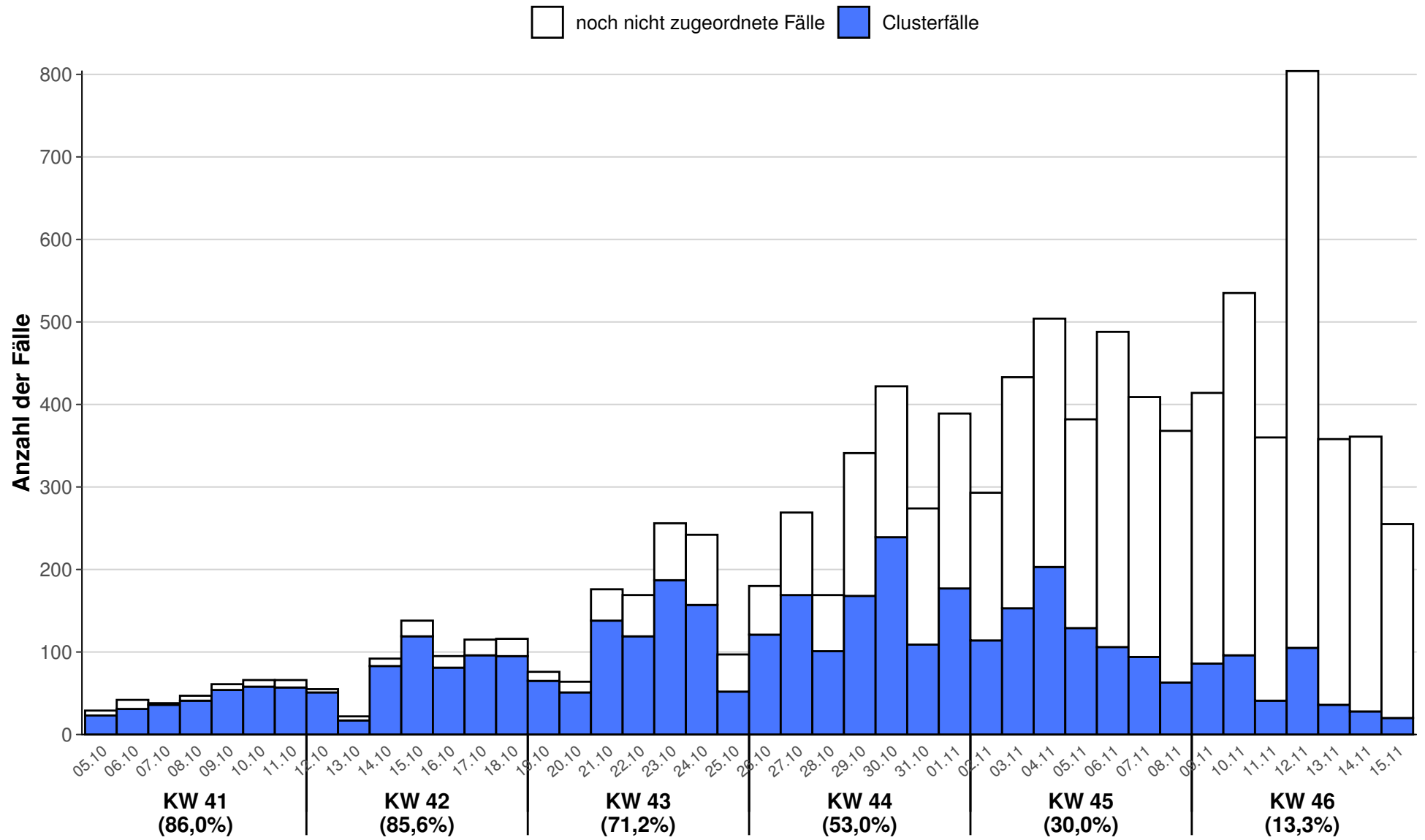
Geklärte Fälle

Abbildung 25: Vorarlberg, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



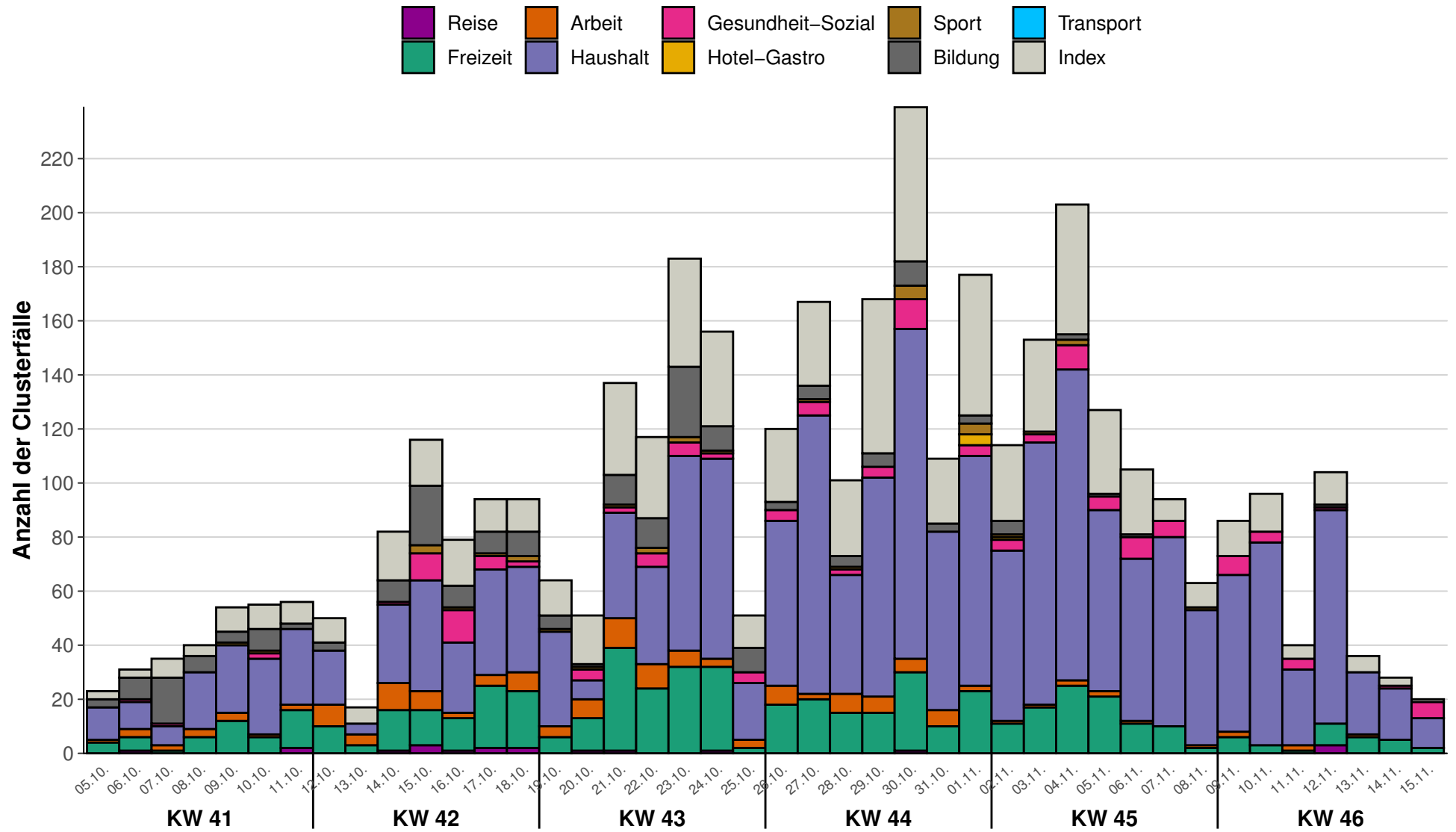
Clusterfälle

Abbildung 26: Vorarlberg, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 27: Vorarlberg, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



TOP 3

Corona-Kommission

Bericht aus dem COVID Prognose Konsortium

Florian Bachner, Lukas Rainer, Martin Zuba
25.2.2021

1

Ergebnis vom 23.2.2021 – Fallentwicklung

Datenstand 23.2. (00:00)

- » Die effektive Reproduktionszahl ist in den letzten Tagen auf 1,09 gestiegen. Die Prognosen gehen von einer Fortsetzung dieses steigenden Trends aus, der sich in einem stetigen Wachstum der Inzidenz widerspiegelt. Dafür werden folgende Faktoren als maßgeblich erachtet.
 - » In der Mehrheit der Bundesländer ist anhand einer Analyse der Verdachtsfälle davon auszugehen, dass Infektionen mit der Mutation N501Y (voraussichtlich vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) das Infektionsgeschehen dominieren (Prävalenz österreichweit bei 57%).
 - » Das aktuell hohe Testgeschehen kann einer beschleunigten Verbreitung entgegenwirken. Jedoch ist davon auszugehen, dass die lockerungsbedingten Effekte in Kombination mit der weiteren Varianten-Verbreitung den Effekt aufheben.

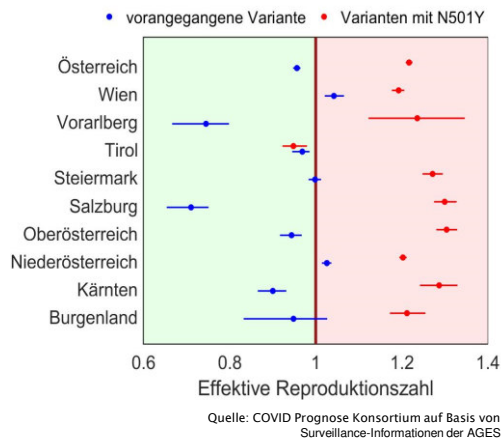
Fallprognose

- » Die aktuellen Prognosen gehen von einem Infektionsgeschehens von rund 2.200 Fälle/Tag aus (1.900 Fälle/Tag am 1. Prognosetag bis 2.500 Fälle/Tag am letzten Prognosetag).
- » Am letzten Prognosetag (03.03.) wird eine 7-Tages-Inzidenz von 178 erwartet.

2

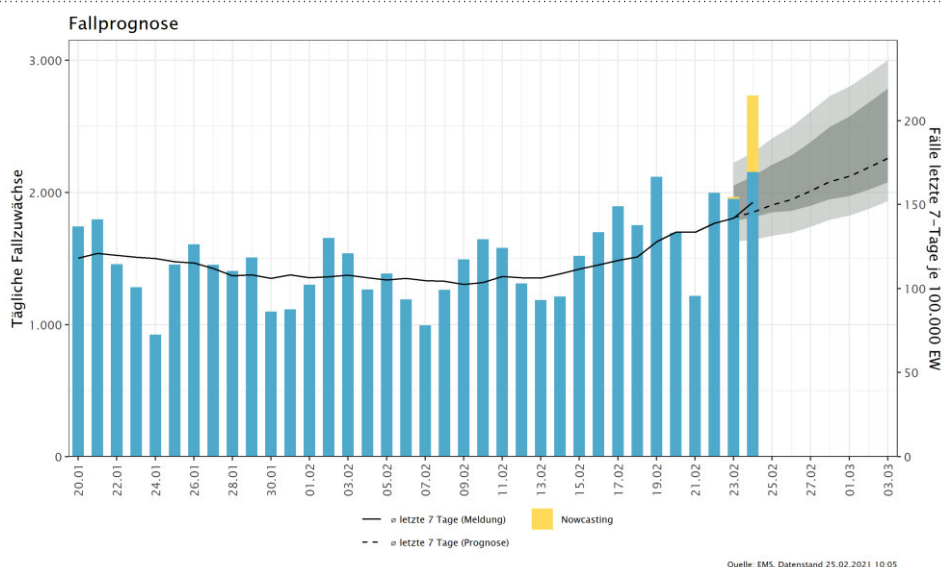
Mutante(n)

- » Im **Burgenland** betrug der Anteil an Verdachtsfällen (N501Y) in **KW 7 bereits 75%** (Anteil bestätigter Fälle im Vergleich zu allen auf die Mutation untersuchten Proben abzüglich nicht auswertbarer Proben).
- » Analyse der Ausbreitungsdynamik KW5 – KW7
 - » R eff um **durchschnittlich 27% höher** (95% KI 25–29%) als die der vorangegangenen Variante
 - » R eff der Mutante: 1,22 (95% KI 1,21–1,23)
 - » R eff der vorangegangenen Variante: 0,956 (95% KI 0,948–0,965)
- » Vor dem Hintergrund der gesetzten Lockerungsschritte ist von einer entsprechenden Erhöhung der effektiven Reproduktionszahl von sämtlichen Varianten auszugehen. Dieser Effekt ist in der Kurzfristprognose abgebildet.



3

Aktuelle Prognose



4

Prognoseergebnisse im Detail

Zuwachs 23.2. – 3.3. (Prognosehorizont 9 Tage)

Bundesland	Fallzahl	Neue Fälle	Ø tägl. Zuwachs
Burgenland	12.741	796	88
Kärnten	29.823	1.378	153
Niederösterreich	74.533	4.407	490
Oberösterreich	87.436	2.713	301
Salzburg	38.493	1.412	157
Steiermark	57.329	2.997	333
Tirol	47.731	932	104
Vorarlberg	23.231	350	39
Wien	93.377	4.771	530
Österreich	464.693	19.755	2.195

5

Ergebnis vom 23.2.2021 – Kapazitätsvorschau

- » Laut Prognose verbleibt der Anteil der intensivpflichtigen COVID-Patienten an der ICU Gesamtkapazität (rund 2.017 Betten) über dem von der Corona Kommission bestimmten Signalwert für mittleres Risiko (10 %).
- » Gemäß Prognose steigt dieser Anteil von **etwa 13 % bis zum 10.3. auf 17 %**.

Tabelle 2:
Signalwerte zur Systemrisiko-Einschätzung: Auslastung Intensivstationen (nur auf Bundes- oder Bundeslandebene)

Region	COVID-19-Belag/Gesamtkapazität	Initiale Risikoeinstufung
Österreich, Bundesland	≤10%	geringes Risiko
	>10% und ≤25%	mittleres Risiko
	>25% und ≤33%	hohes Risiko
	>33%	sehr hohes Risiko

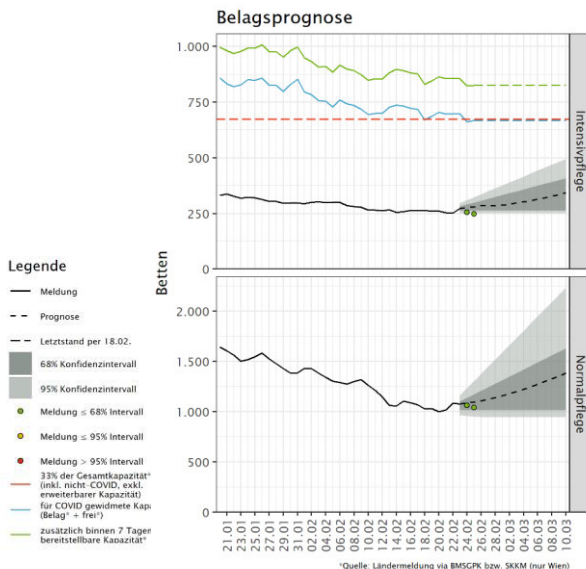
Quelle: eigene Darstellung

- » Gemäß der am 23. 2. 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 in einem Bundesland (Burgenland) eine Überschreitung der maximal verfügbaren Kapazitäten bis zum 10.03. innerhalb des 95%-Intervalls möglich.

6

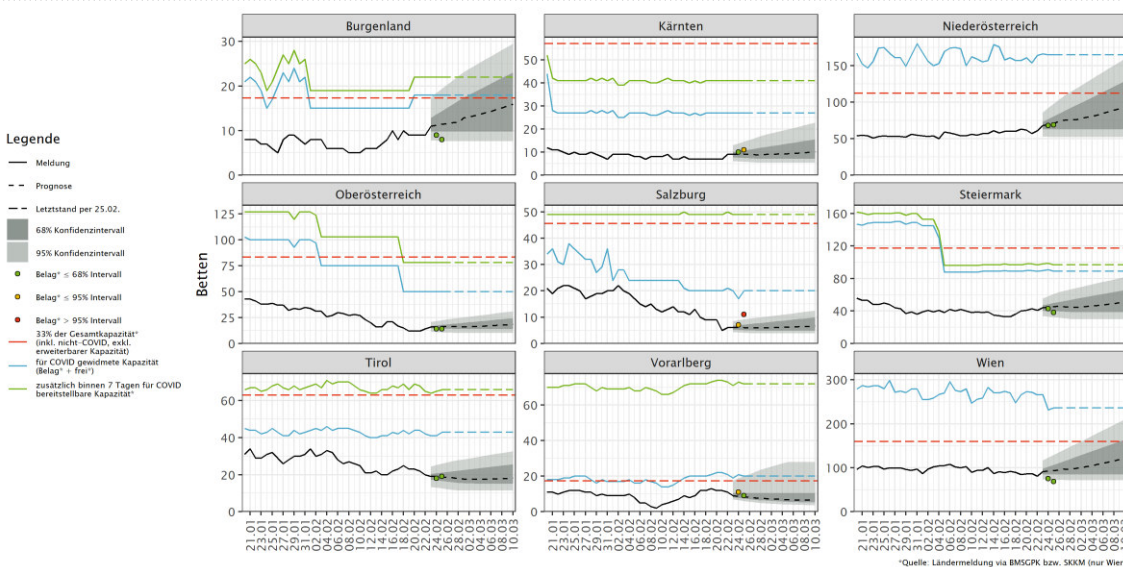
Kapazitätsvorschau Österreich

- » Anstieg des Belages auf ICU von 273 (am 23.02.) auf 343 (am 10.03.) (dzt. rund 670 für COVID-19 verfügb. Betten)
 - » Im Worst-Case-Szenario beläuft sich der Belag im Prognosezeitraum auf rund 500 Betten (tritt mit 97,5% Wahrscheinlichkeit nicht ein).
- » Anstieg des Belages auf Normalstationen von 1.077 (am 23.02.) auf 1.383 (am 10.03.) (dzt. rund 4.700 für COVID-19 verfügb. Betten)
 - » Im Worst-Case-Szenario beläuft sich der Belag im Prognosezeitraum auf rund 2.230 Betten (tritt mit 97,5% Wahrscheinlichkeit nicht ein).



7

Kapazitätsvorschau Österreich Intensivpflege



8

Prognoseergebnisse im Detail

Kapazitätsvorschau: Belag und Auslastung am 10.3.

Bundesland	Normalpflege		Intensivpflege			Betten ICU-Bettenkapazität gesamt
	Hauptvariante Belag per 10.3.	Oberes Intervall Max. innerh. 14 Tage Prognosehorizont	Hauptvariante 10.3. Belag	Auslastung (%) ¹	Oberes Intervall Max. innerh. 14 Tage Prognosehorizont	
Burgenland	47	86	16	30,7%	30	52
Kärnten	92	236	10	5,9%	23	171
Niederösterreich	367	734	93	27,7%	160	337
Oberösterreich	118	223	19	7,4%	32	250
Salzburg	78	139	7	4,9%	13	137
Steiermark	207	362	51	14,6%	82	352
Tirol	72	138	18	9,7%	33	188
Vorarlberg	21	42	6	12,5%	29	52
Wien	382	679	122	25,6%	211	478
Österreich	1.383	2.234	343	17,0%	497	2.017

¹ Kapazitätsmeldung Länder an BMSGPK (25.2.2021): gesamt 2.017 Betten (Annahme Wien: 478 ICU-Betten lt. Meldung Oktober)

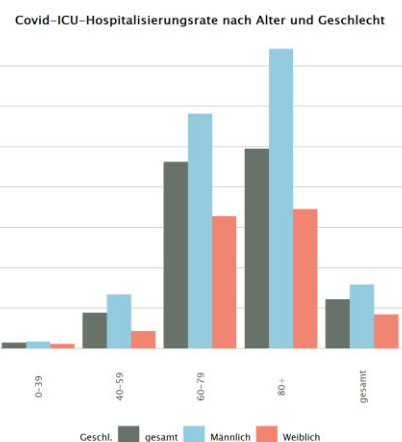
9

Entwicklung der Hospitalisierungsraten

- » **Hintergrund:** Die Analyse von Endpunkten (Hospitalisierung, Tod) ermöglicht eine Kontextualisierung der Fallzahlentwicklung
- » Populationsbezogenen Analysen (bspw. Todesfälle oder ICU-Belag je 100.000 EW) sind unabhängig von der Teststrategie
- » Der Vergleich von altersstandardisierten Hospitalisierungsraten ermöglicht eine Analyse von Veränderungen der Teststrategie bzw. des Aufnahme- und Entlassungsmanagements

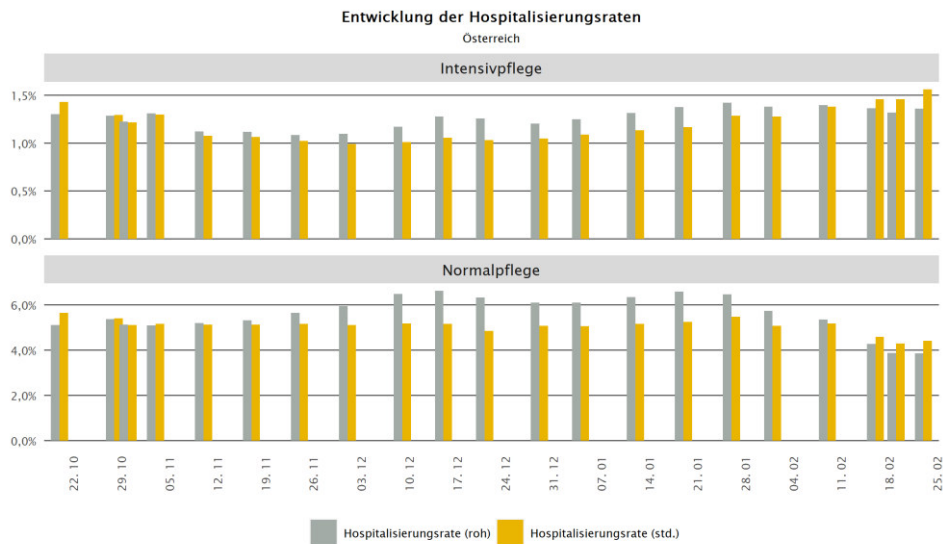
Methodik

- » Die Berechnung der Hospitalisierungsraten basiert auf dem aktuellen Belagsmodell des Prognose-Konsortiums und den österreichischen Beobachtungsdaten zu altersspezifischen Hospitalisierungsraten und Verweildauer
- » Die Hospitalisierungsraten je Prognosetag werden basierend auf dem beobachteten Wert skaliert, wodurch eine Abweichung der Hospitalisierungsraten vom Durchschnitt analysiert werden kann
- » Bei den altersstandardisierten Raten wird für alle Bundesländer und Zeitpunkte die österreichweite Fallpopulation herangezogen



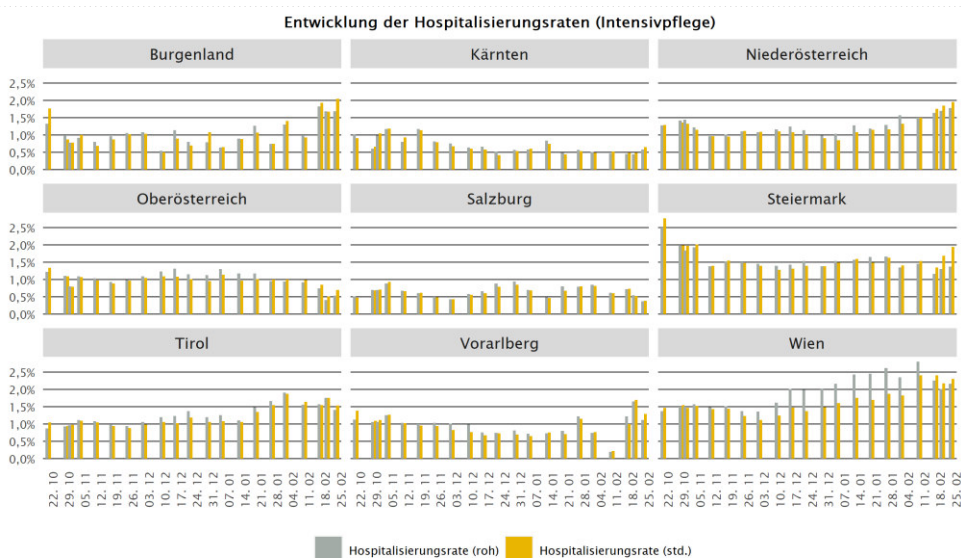
10

Entwicklung der Hospitalisierungsraten



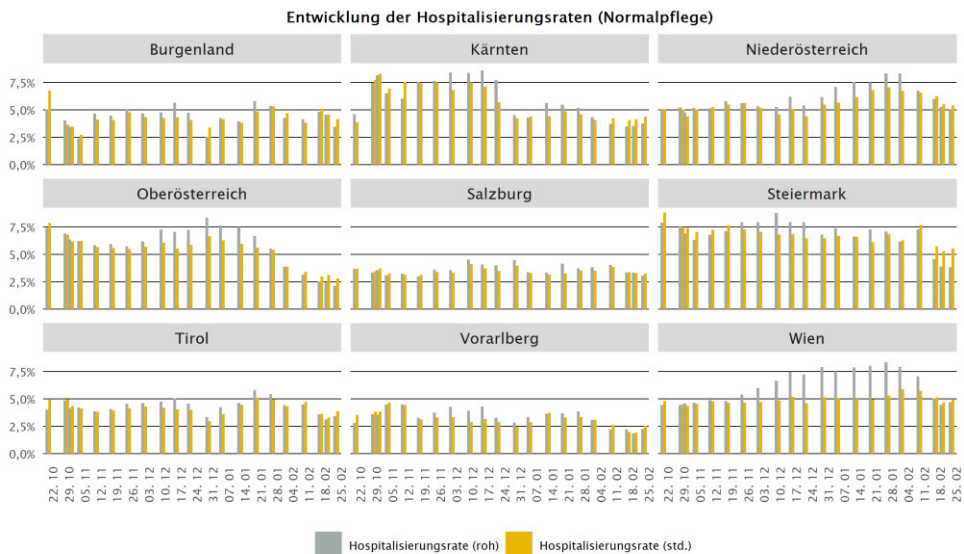
11

Entwicklung der Hospitalisierungsraten



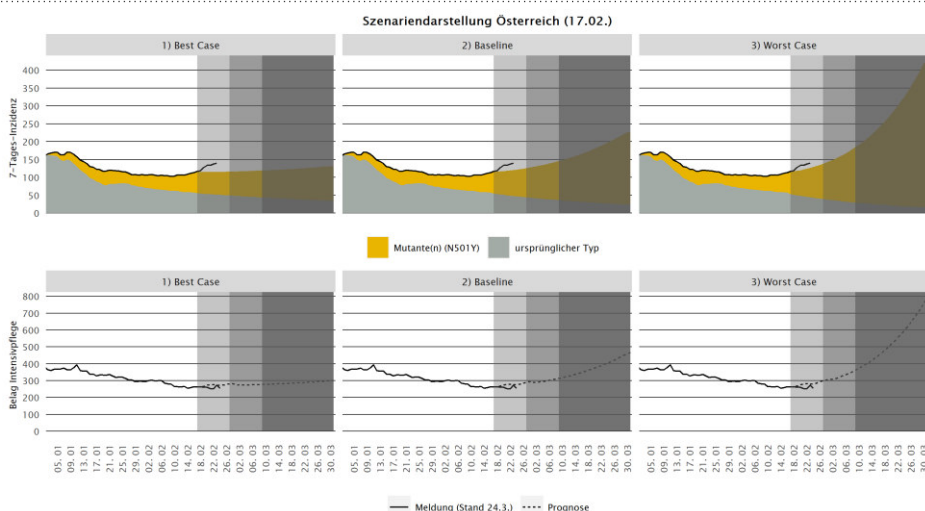
12

Entwicklung der Hospitalisierungsraten



13

Szenariodarstellungen zur Variantenverbreitung



Annahmen zur Erhöhung des R eff durch Öffnung vom 8.2. und erhöhten Transmissibilität der Mutante(n) (NS01Y) geg. dem ursprünglichen Typ:
 1) Best Case: Öffnung + 5%, NS01Y + 10%; 2) Baseline: Öffnung + 7,5%, NS01Y + 22%; 3) Worst Case: Öffnung + 10%, NS01Y + 35%

14

TOP 4 Corona-Kommission Bericht aus dem COVID Prognose Konsortium

Florian Bachner, Lukas Rainer, Martin Zuba
 4.3.2021

1

Ergebnis vom 2.3.2021 – Fallentwicklung Datenstand 2.3. (00:00)

- » Die Prognosen gehen von einer Fortsetzung des steigenden Trends aus. Dabei werden folgende Faktoren als maßgeblich erachtet:
 - » Mit Ausnahme Vorarlbergs sind Infektionen mit der **Mutation N501Y** (vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) **bereits dominant** (größer als 50 %).
 - » Im Laufe der letzten drei KW hat sich die Anzahl der behördlich angeordneten PCR- und Antigentests auf einem hohen Niveau von rund 220.000 Tests/Tag eingependelt. Der **Anstieg** der Fallzahlen ist somit **kaum auf die Veränderung des Testregimes zurückzuführen**.

Fallprognose

- » Die aktuellen Prognosen gehen von einem Infektionsgeschehens von rund **2.800 Fälle/Tag aus (2.500 Fälle/Tag am 1. Prognosetag bis 3.200 Fälle/Tag am letzten Prognosetag)**. Am letzten Prognosetag (**10.03.**) wird eine **7-Tages-Inzidenz von 228** (95% KI: 195 – 303) erwartet.
- » Regional heterogene Entwicklung:
 - » 7-Tages-Inzidenz am letzten Prognosetag reicht von 101 in Vorarlberg bis 320 in Salzburg
 - » Das Fallgeschehen wird stark von einzelnen Bezirken (v.a. Hermagor, St. Johann im Pongau) getrieben
 - » Zudem korreliert dieser Anstieg stark mit der N501Y Verbreitung

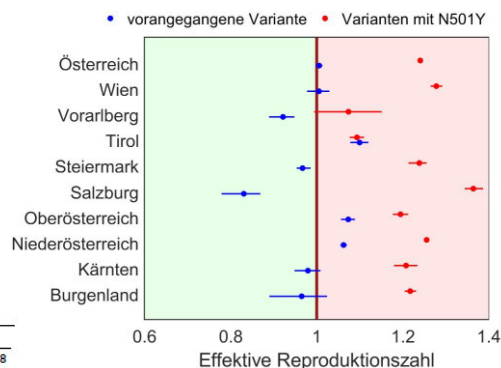
2

Mutante(n)

- » Analyse der Ausbreitungsdynamik KW6 – KW8
 - » R eff um **durchschnittlich 23% höher** (95% KI 21–25%) als die der vorangegangenen Variante
 - » R eff der Mutante: 1,24 (95% KI 1,23–1,25)
 - » R eff der vorangegangenen Variante: 1,00 (95% KI 0,99–1,01)
 - » Verbreitung von B.1.351 bereits in mehrere Bundesländern
 - » Erste sporadische Verdachtsfälle von B.1.1.28 (brasilianische Variante, PCR-basiert)

Tabelle 1: Anteil der N501Y positiven Fälle an N501Y getesteten Fällen (PCR-basiert oder sequenziert)

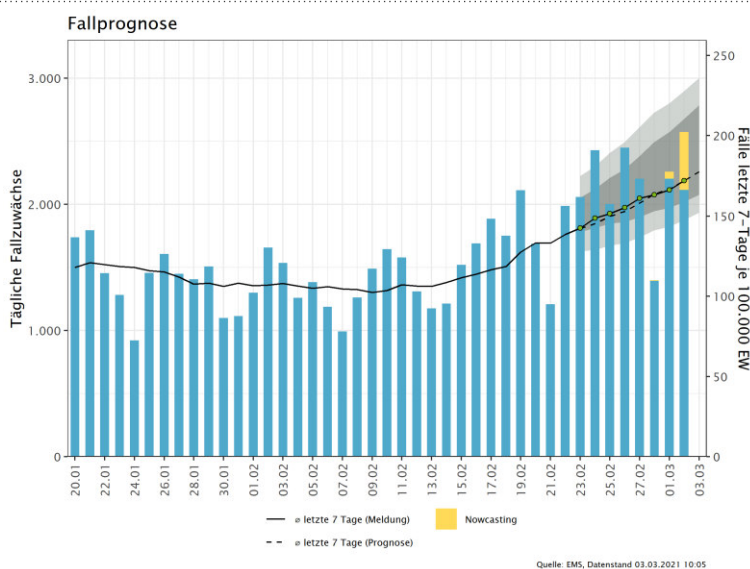
Bundesland	Variants of concern %				
	KW 04	KW 05	KW 06	KW 07	KW 08
Burgenland	50,24 %	60,29 %	75,00 %	82,22 %	88,10 %
Kärnten	8,80 %	24,74 %	41,14 %	52,37 %	62,06 %
Niederösterreich	45,54 %	48,56 %	49,43 %	61,19 %	63,59 %
Oberösterreich	21,32 %	34,39 %	41,94 %	56,89 %	51,09 %
Salzburg	19,61 %	30,95 %	41,18 %	73,28 %	78,94 %
Steiermark	24,38 %	26,33 %	31,38 %	45,50 %	51,62 %
Tirol	43,04 %	40,18 %	53,32 %	32,63 %	55,83 %
Vorarlberg	7,89 %	15,15 %	20,92 %	31,82 %	30,28 %
Wien	43,18 %	50,00 %	53,12 %	65,18 %	72,29 %
Österreich	32,48 %	38,49 %	45,54 %	57,81 %	63,75 %



Quelle: AGES

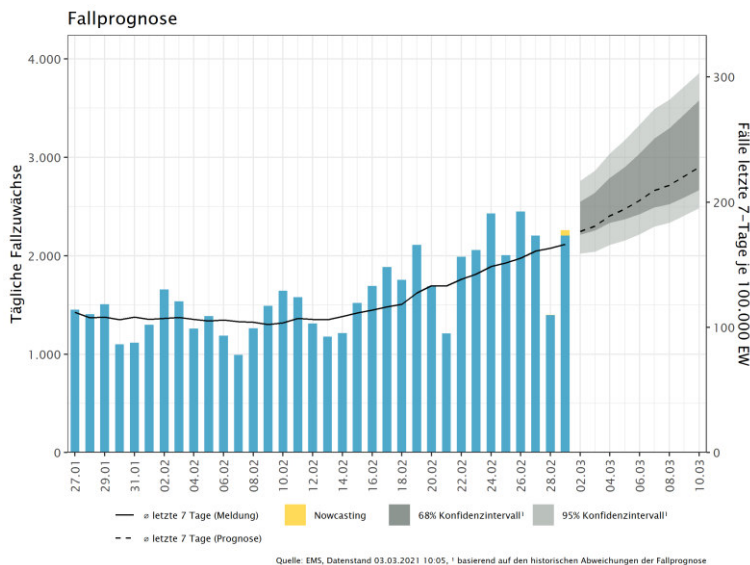
3

Rückblick auf die Prognose vom 23.2.



4

Aktuelle Prognose vom 2.3.



5

Prognoseergebnisse im Detail

Zuwachs 2.3. – 10.3. (Prognosehorizont 9 Tage)

Bundesland	Fallzahl	Neue Fälle	Ø tägl. Zuwachs
Burgenland	13.410	926	103
Kärnten	31.431	1.957	217
Niederösterreich	79.558	5.881	653
Oberösterreich	90.085	3.320	369
Salzburg	40.378	2.203	245
Steiermark	59.500	3.120	347
Tirol	48.976	1.319	147
Vorarlberg	23.682	499	55
Wien	98.272	6.094	677
Österreich	485.294	25.319	2.813

6

Ergebnis vom 2.3.2021 – Kapazitätsvorschau

- » In einzelnen Bundesländern (**B, NÖ, W**) ist eine **Überschreitung der Auslastungsgrenze von 33% COVID Belag an der ICU-Gesamtkapazität innerhalb des 68%-Intervalls bis zum 17.03. möglich.**
- » Österreichweit verbleibt der Anteil der intensivpflichtigen COVID-Patienten an der ICU Gesamtkapazität (rund 2.018 Betten) über dem von der Corona Kommission bestimmten Signalwert für mittleres Risiko (10 %).
- » Gemäß Prognose steigt dieser Anteil von **etwa 15,5 % bis zum 17.3. auf 20,8 %.**

Tabelle 2:
Signalwerte zur Systemrisiko-Einschätzung: Auslastung Intensivstationen (nur auf Bundes- oder Bundeslandebene)

Region	COVID-19-Belag/Gesamtkapazität	Initiale RisikoEinstufung
Österreich, Bundesland	≤10%	geringes Risiko
	>10% und ≤25%	mittleres Risiko
	>25% und ≤33%	hohes Risiko
	>33%	sehr hohes Risiko

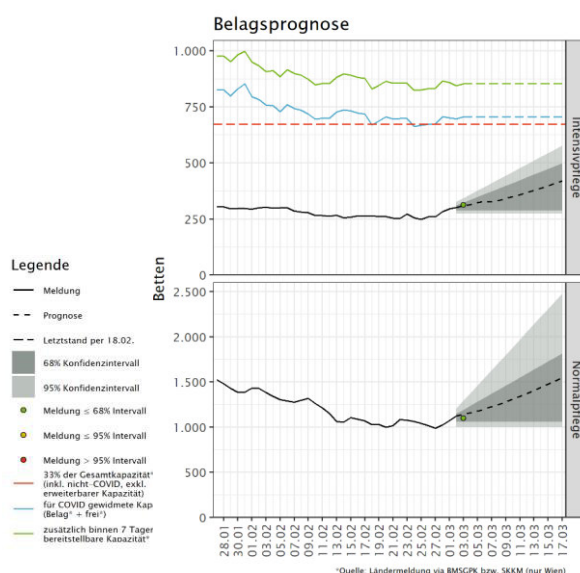
Quelle: eigene Darstellung

- » Gemäß der am 2. 3. im Rahmen der BMSGPK-Berichtsschiene gemeldeten Kapazitäten kommt es innerhalb des Prognosezeitraums (Punktschätzer) in keinem Bundesland zu einer Überschreitung der verfügbaren Intensivbetten.

7

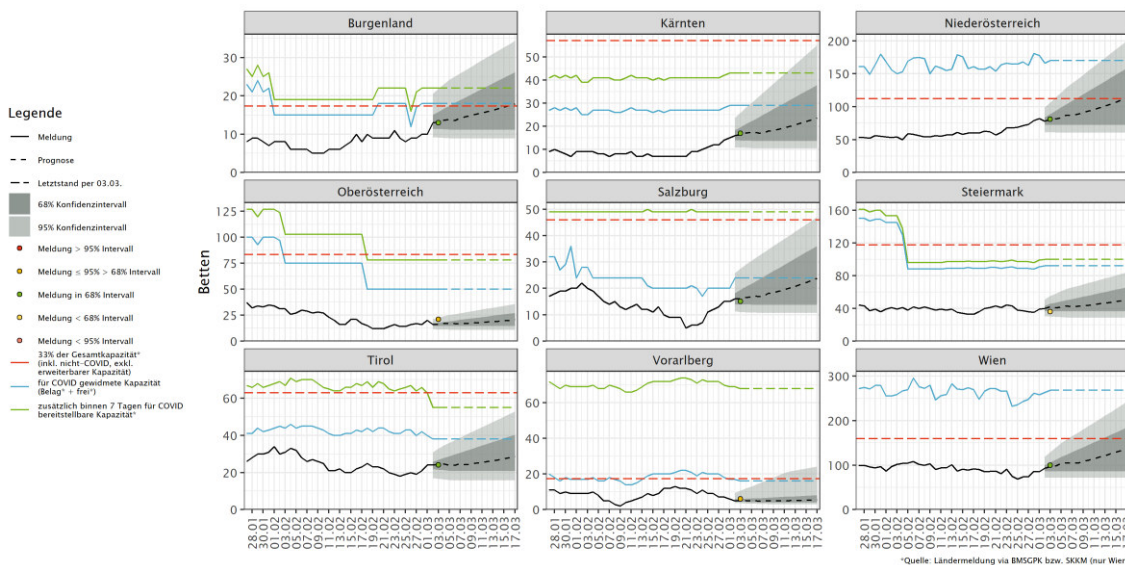
Kapazitätsvorschau Österreich

- » Anstieg des Belages auf ICU von 301 (am 02.03.) auf 420 (am 17.03.), (dzt. rund 700 für COVID-19 verfügb. Betten).
 - » Im Worst-Case-Szenario beläuft sich der Belag im Prognosezeitraum auf rund 580 Betten (tritt mit 97,5% Wahrscheinlichkeit nicht ein).
- » Anstieg des Belages auf Normalstationen von 1.124 (am 02.03.) auf 1.551 (am 17.03.), (dzt. rund 4.700 für COVID-19 verfügb. Betten).
 - » Im Worst-Case-Szenario beläuft sich der Belag im Prognosezeitraum auf rund 2.500 Betten (tritt mit 97,5% Wahrscheinlichkeit nicht ein).



8

Kapazitätsvorschau Intensivpflege Bundesländer



9

Prognoseergebnisse im Detail

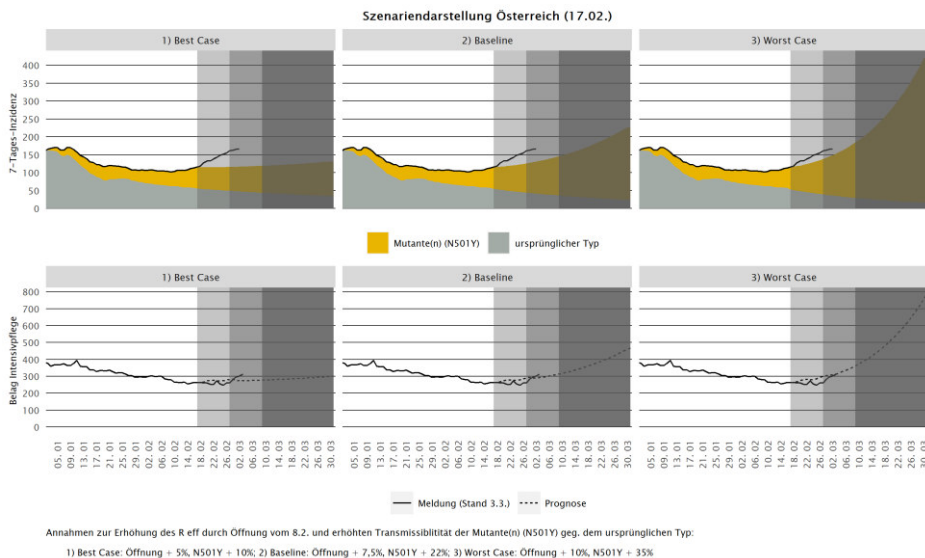
Kapazitätsvorschau: Belag und Auslastung am 17.3.

Bundesland	Normalpflege		Intensivpflege		Betten
	Hauptvariante Belag per 17.3.	Oberes Intervall Max. innerh. 14 Tage Prognosehorizont	Hauptvariante 17.3. Belag	Oberes Intervall Auslastung (%) ¹ Max. innerh. 14 Tage Prognosehorizont	
Burgenland	55	100	18	34,4%	52
Kärnten	112	283	24	13,8%	171
Niederösterreich	434	853	113	33,6%	337
Oberösterreich	146	271	21	8,2%	250
Salzburg	77	136	24	17,4%	137
Steiermark	211	363	50	14,3%	352
Tirol	74	139	29	15,1%	189
Vorarlberg	27	55	5	10,6%	52
Wien	415	725	137	28,6%	478
Österreich	1.551	2.480	420	20,8%	2.018

¹ In Bezug auf Kapazitätsmeldung Länder an BMSGPK am Prognosetag (Annahme Wien: 478 ICU-Betten lt. Meldung Oktober)

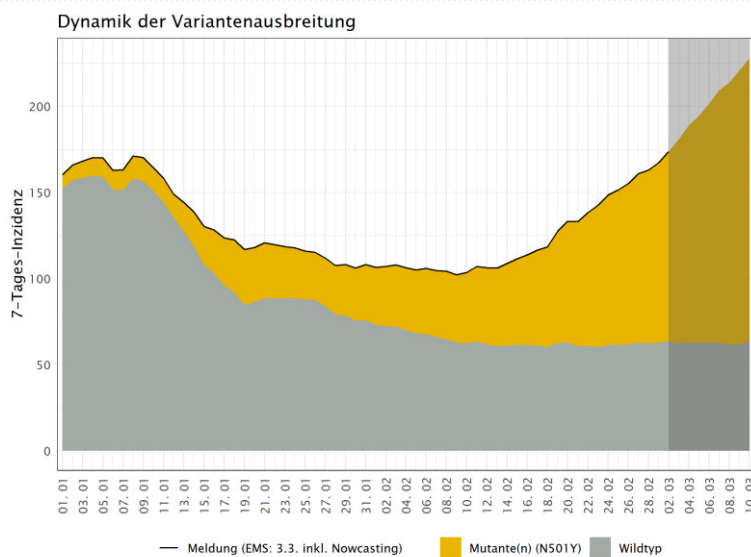
10

Szenariodarstellungen zur Variantenverbreitung



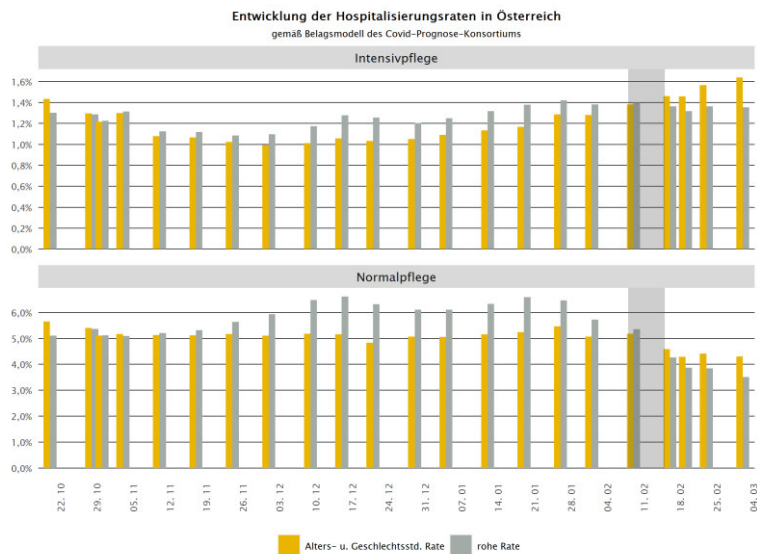
11

Dynamik der Variantenausbreitung



12

Entwicklung der Hospitalisierungsraten



Covid-19, Österreich

AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance

24.02.2021 09:00 (auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 24.02.2021 07:00)

Österreich: 7-Tages-Inzidenz letzten 2 Wochen

Tabelle 1: 7-Tages Inzidenzen von SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose.

<i>Bundesland</i>	Mittwoch – Dienstag		Dienstag – Montag	
	<i>10.02.-16.02.</i>	<i>17.02.-23.02.</i>	<i>09.02.-15.02.</i>	<i>16.02.-22.02.</i>
Burgenland	112.76	166.76	102.57	164.72
Kärnten	137.90	150.01	134.87	145.73
Niederösterreich	123.08	170.52	121.36	169.09
Oberösterreich	89.71	120.04	87.97	115.01
Salzburg	122.13	147.56	125.00	143.98
Steiermark	122.91	143.37	127.65	151.48
Tirol	81.04	89.09	80.25	95.43
Vorarlberg	70.76	61.44	73.53	63.45
Wien	125.47	144.99	116.84	139.28
Österreich	112.60	138.13	110.50	136.99

Österreich: Zeitlicher Verlauf bis 24.02.2021

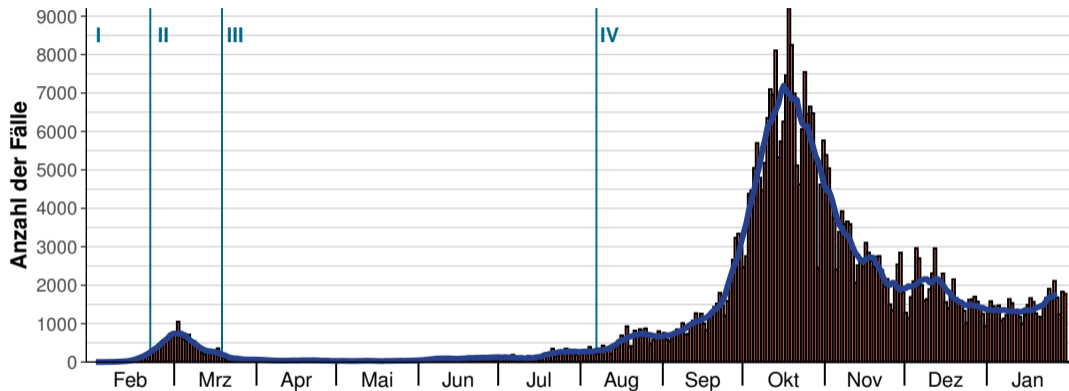


Abbildung 1: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung

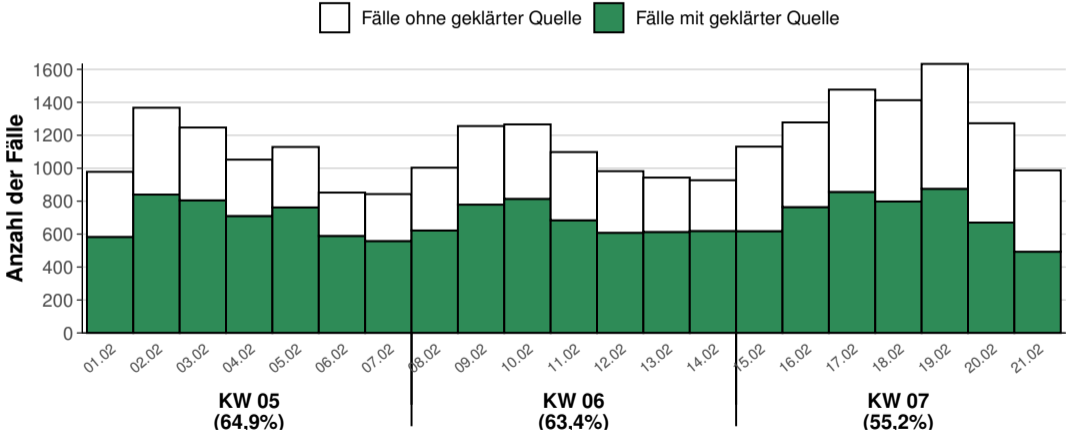
Österreich (exkl. Wien): Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Österreich (N)	10.971	10.158	9.559	9.219	9.576	11.854
Fälle ¹ Österreich exkl. Wien (N)	8.934	8.329	7.680	7.468	7.475	9.192
Anteil asymptomatisch	19,1%	22,3%	23,0%	26,7%	25,9%	26,6%
Fälle asymptomatisch (n)	1.707	1.855	1.765	1.996	1.939	2.442
Fälle ungeklärt ² (n)	3.612	3.235	2.897	2.621	2.736	4.118
Indexfälle ³ (n)	1.686	1.588	1.560	1.418	1.468	1.131
Anteil geklärt	59,6%	61,2%	62,3%	64,9%	63,4%	55,2%
Fälle geklärt ⁴ (n)	5.322	5.094	4.783	4.847	4.739	5.074
Clusterfälle ⁵ (n)	6.421	6.103	5.938	5.900	5.942	5.693
sporadisch importierte Fälle (n)	75	56	38	43	40	25
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	4.731	4.502	4.359	4.462	4.458	4.541
Haushalt	60,0%	61,7%	62,1%	63,4%	66,0%	69,7%
Freizeit	15,5%	12,9%	15,1%	15,3%	15,6%	13,4%
Gesundheit-Sozial	18,4%	16,3%	12,7%	9,8%	6,2%	3,7%
Arbeit	3,6%	5,0%	6,3%	7,9%	8,6%	7,8%
Hotel-Gastro	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
Bildung	0,4%	2,3%	2,2%	2,0%	1,5%	3,6%
Transport	0,1%	0,1%	0,3%	0,3%	0,1%	0,2%
Reise	1,0%	0,4%	0,6%	0,4%	0,6%	0,5%
Haushalt (n)	2.838	2.779	2.705	2.827	2.944	3.166
Bildung (n)	19	104	94	88	68	164
Gesundheit-Sozial (n)	871	732	555	439	278	168
Reise (n)	48	20	26	16	25	21

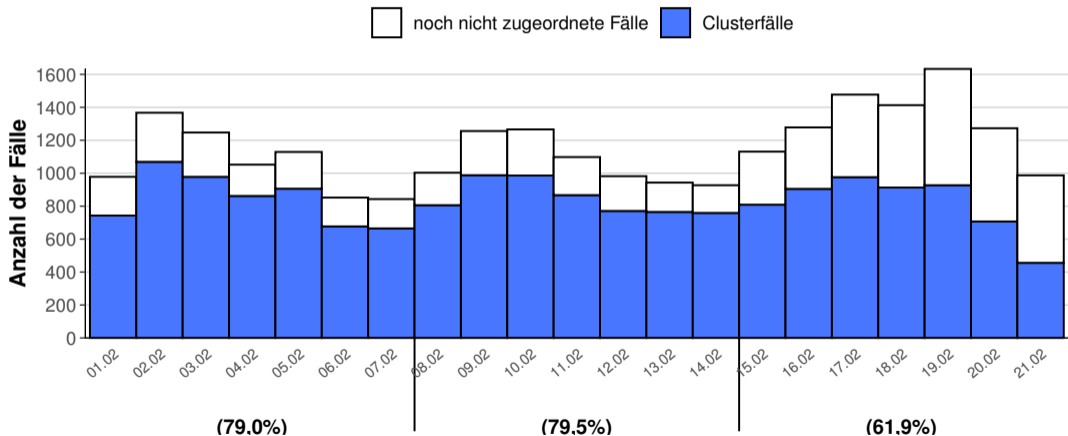
Wien: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Wien (N)	2.037	1.829	1.879	1.751	2.101	2.662
Anteil asymptomatisch	28,2%	26,2%	27,7%	30,4%	31,0%	25,2%
Fälle asymptomatisch (n)	575	479	521	533	651	671
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	2.161	1.088	1.147	1.140	1.363	1.428
Haushalt	60,1%	61,3%	61,0%	68,5%	74,1%	72,0%
Gesundheit-Sozial	33,0%	28,2%	27,7%	14,5%	8,3%	6,3%
Arbeit	2,9%	4,1%	4,8%	7,7%	7,4%	5,1%
Bildung	0,6%	1,8%	1,8%	3,4%	3,5%	9,4%
Freizeit	2,7%	4,6%	4,7%	5,0%	5,7%	6,5%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,5%	0,3%
Reise	0,6%	0,0%	0,0%	0,3%	0,5%	0,5%

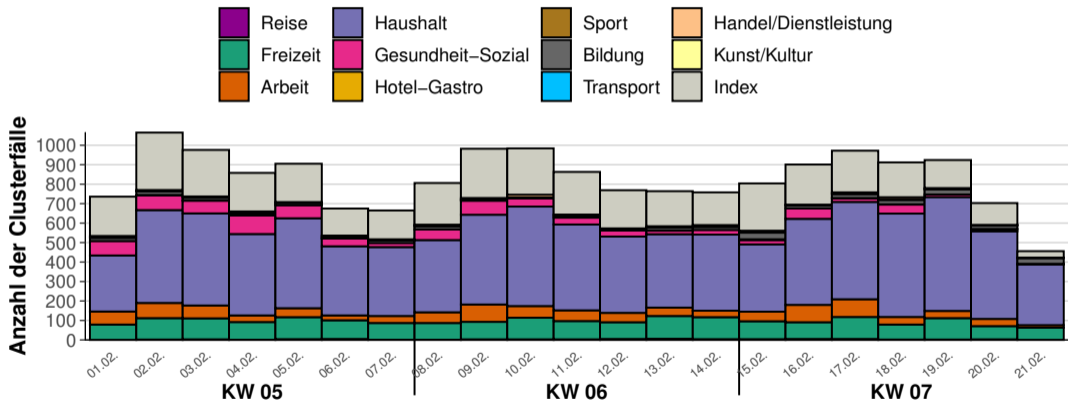
Österreich (exkl. Wien): Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW

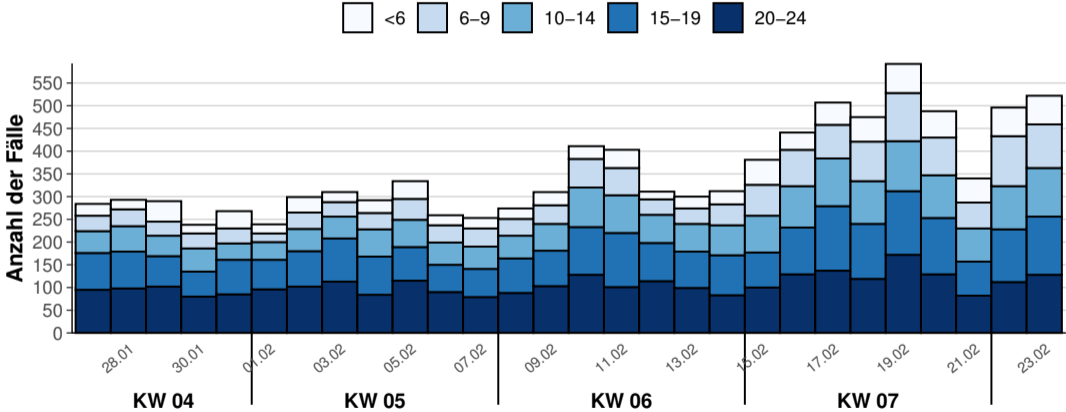


Österreich: Altersverteilung II

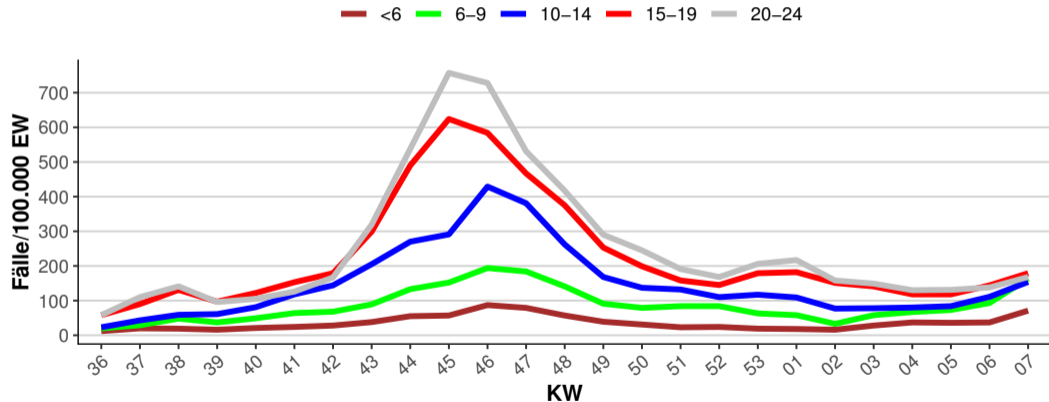
Tabelle 2: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 53	14.906	19	46.3	79
KW 01	14.633	19	46.4	79
KW 02	10.971	19	46.7	80
KW 03	10.158	18	45.0	78
KW 04	9.559	17	44.5	77
KW 05	9.219	16	43.2	73
KW 06	9.576	14	41.6	70
KW 07	11.854	11	39.8	69

Österreich: Verteilung der Infektionsfälle von unter 25-Jährigen nach Altersgruppe für die vergangenen 4 Wochen



Österreich: 7-Tage-Inzidenzen pro 100.000 EW für unter 25-Jährige nach Altersgruppe und Kalenderwoche

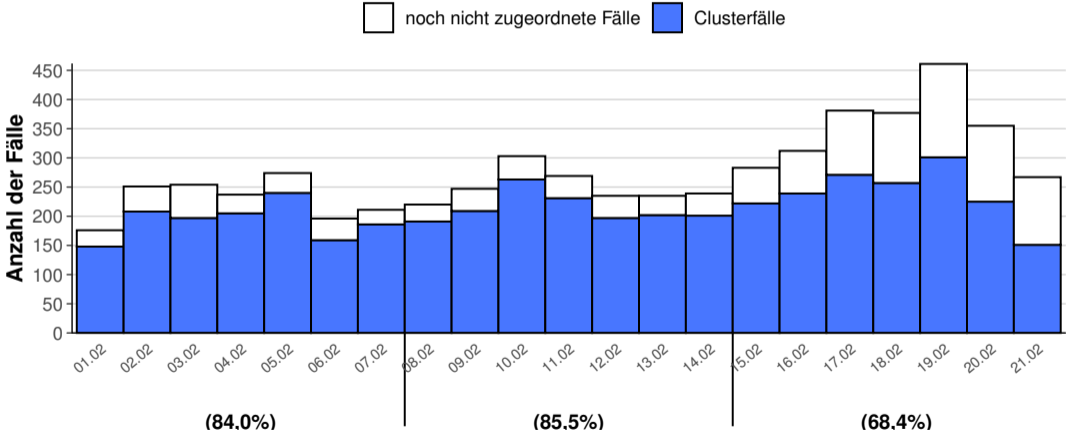


Österreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 06, KW 07)

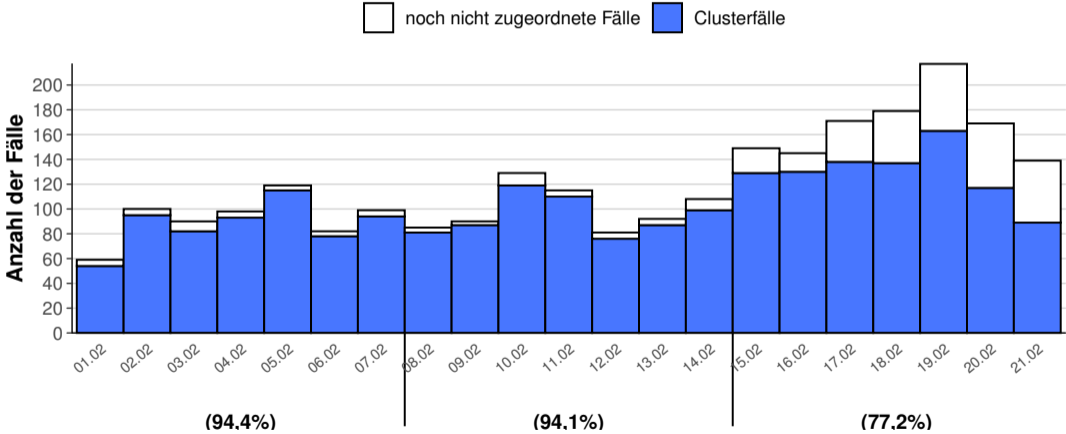
Tabelle 3: Verteilung der Infektionsfälle (KW 04 - KW 07 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 04								KW 05								KW 06								KW 07							
	klinische Manifestation								klinische Manifestation								klinische Manifestation								klinische Manifestation							
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total				
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%					
<6	83	43,5	64	33,5	44	23,0	191	72	38,3	77	41,0	39	20,7	188	71	37,0	88	45,8	33	17,2	192	128	34,5	128	34,5	115	31,0	371				
6-9	65	28,5	108	47,4	55	24,1	228	81	32,8	108	43,7	58	23,5	247	99	31,4	148	47,0	68	21,6	315	149	26,8	245	44,1	161	29,0	555				
10-14	138	40,9	128	38,0	71	21,1	337	115	32,5	151	42,7	88	24,9	354	174	37,2	183	39,1	111	23,7	468	177	27,3	257	39,7	214	33,0	648				
15-19	280	54,2	119	23,0	118	22,8	517	231	44,6	148	28,6	139	26,8	518	282	44,8	183	29,0	165	26,2	630	300	38,4	204	26,1	278	35,5	782				
20-24	357	53,2	147	21,9	167	24,9	671	342	50,4	151	22,2	186	27,4	679	364	50,8	173	24,2	179	25,0	716	357	41,1	174	20,0	337	38,8	868				
Total	923	47,5	566	29,1	455	23,4	1944	841	42,3	635	32,0	510	25,7	1986	990	42,7	775	33,4	556	24,0	2321	1111	34,5	1008	31,3	1105	34,3	3224				

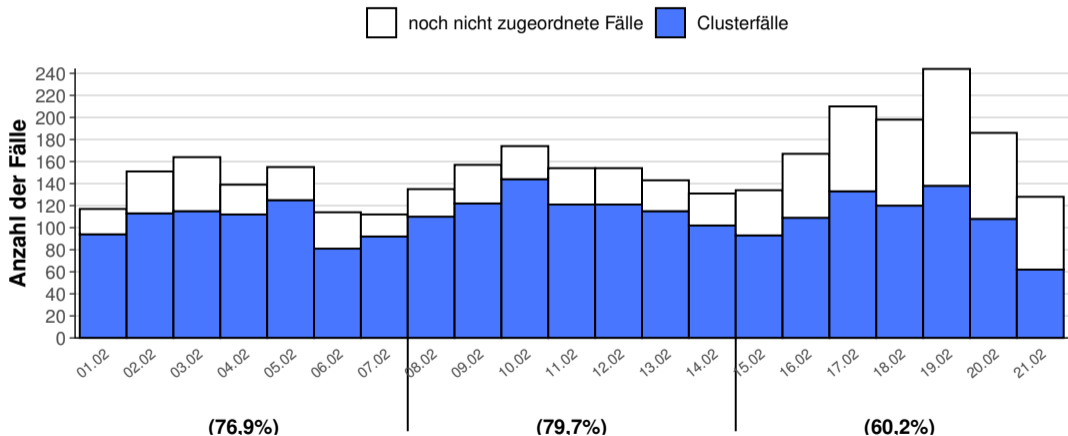
Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei 0-14-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei 15-24-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich: Inzidenz nach Bezirk

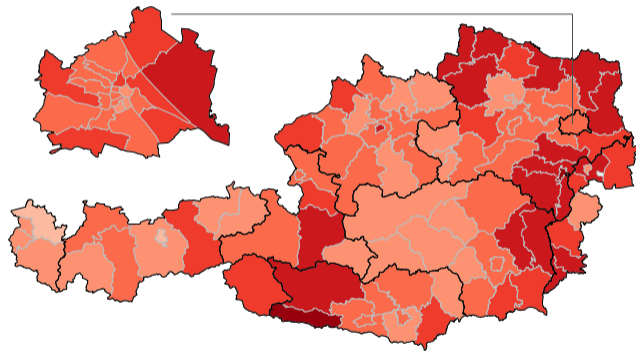
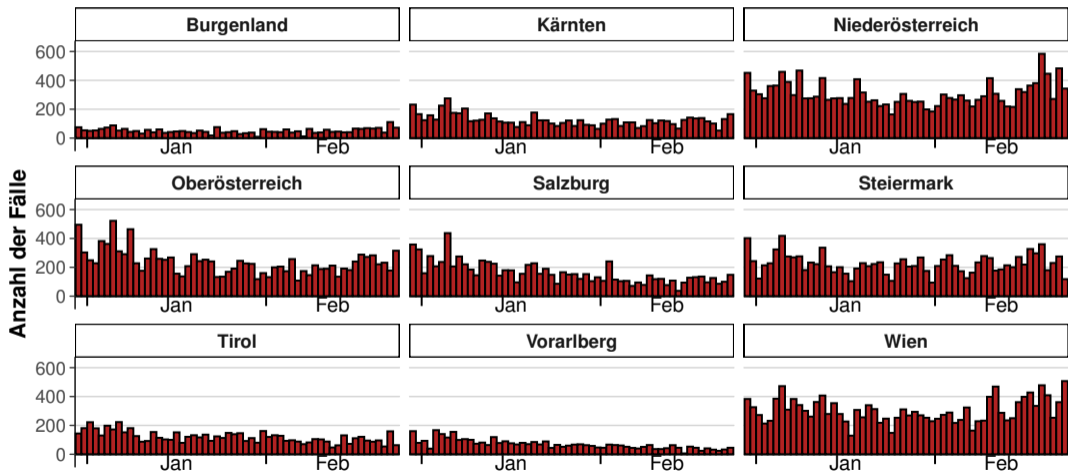


Abbildung 3: Kumulative Inzidenz/100.000 EW nach Bezirk der vergangenen 7 Tage (17.02.2021 – 23.02.2021) . Es gilt die regionale Falldefinition.

Österreich: Zeitlicher Verlauf der Bundesländer für die vergangenen acht Wochen (30.12.2020 – 24.02.2021)



Österreich: Epidemiologische Parameter I

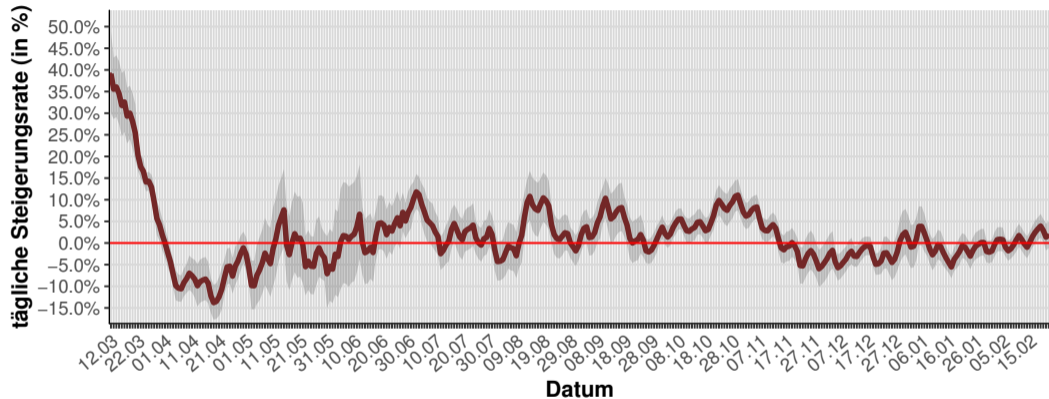


Abbildung 4: Modellierter tägliche Änderungsrate in % basierend auf den vorangegangenen 13 Tagen bezogen auf den Berichtstag. Fälle vom 23.02. und 24.02. sind exkludiert.

Österreich: Epidemiologische Parameter II

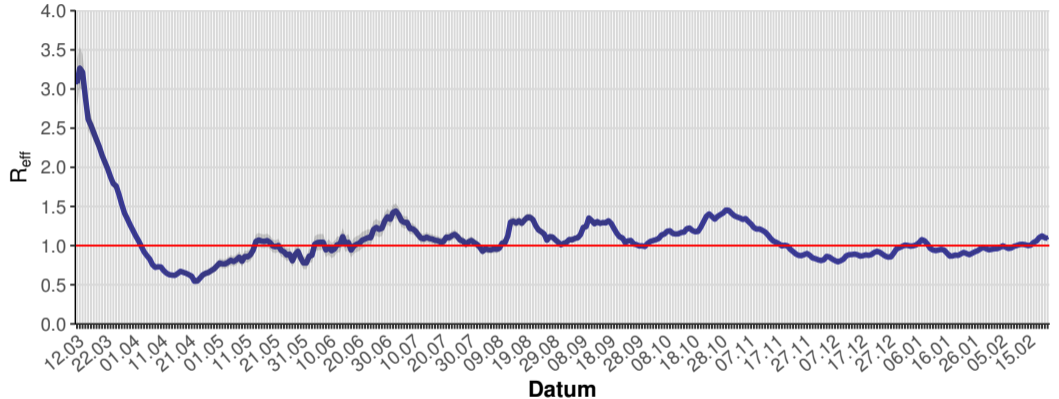


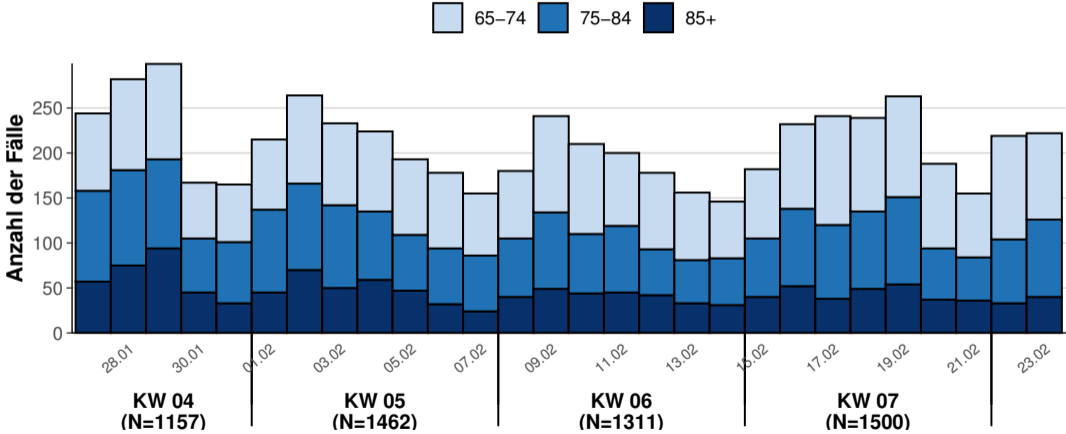
Abbildung 5: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 23.02. und 24.02. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten).

Österreich: Epidemiologische Parameter III

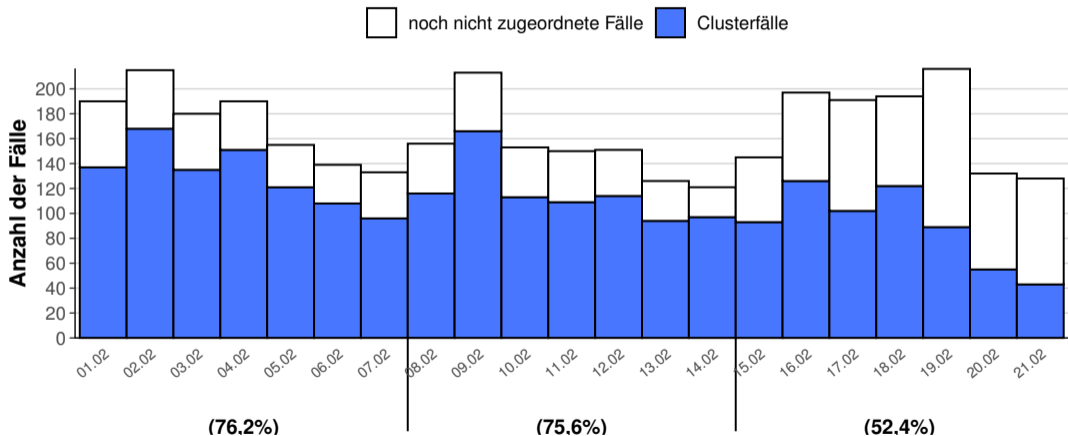
Tabelle 4: Schätzwerte des R_{eff} vom 13.02. bis zum 22.02.

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
13.02	1,02	(1,00 – 1,03)
14.02	1,01	(1,00 – 1,03)
15.02	1,00	(0,99 – 1,01)
16.02	1,01	(0,99 – 1,02)
17.02	1,04	(1,03 – 1,06)
18.02	1,06	(1,04 – 1,07)
19.02	1,10	(1,09 – 1,12)
20.02	1,12	(1,11 – 1,14)
21.02	1,10	(1,09 – 1,12)
22.02	1,09	(1,08 – 1,11)

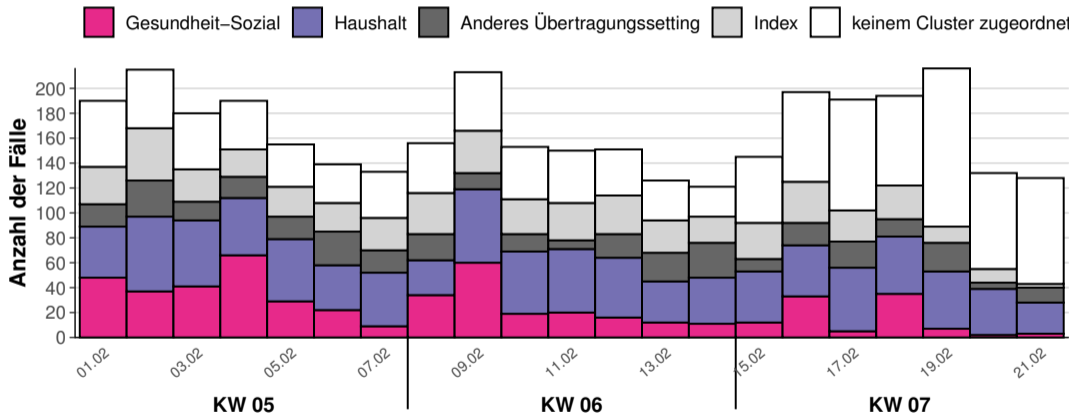
Österreich (exkl. Wien): Verteilung der Infektionsfälle von >64-Jährigen nach Altersgruppe für die vergangenen 4 Wochen



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Fälle gesamt bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Zeitlicher Verlauf bis 24.02.2021

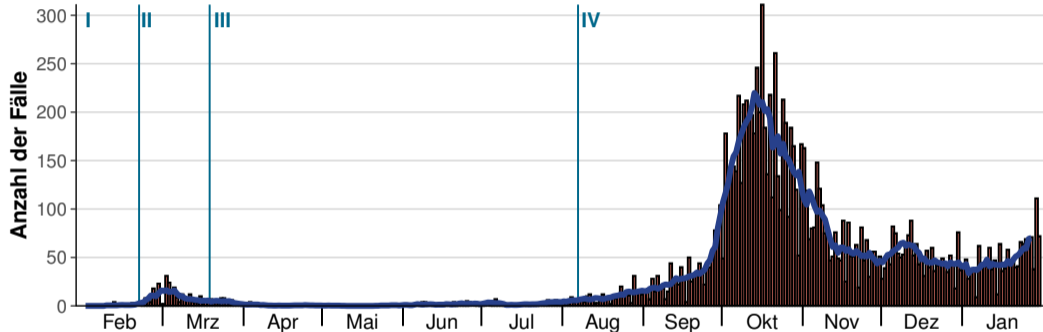


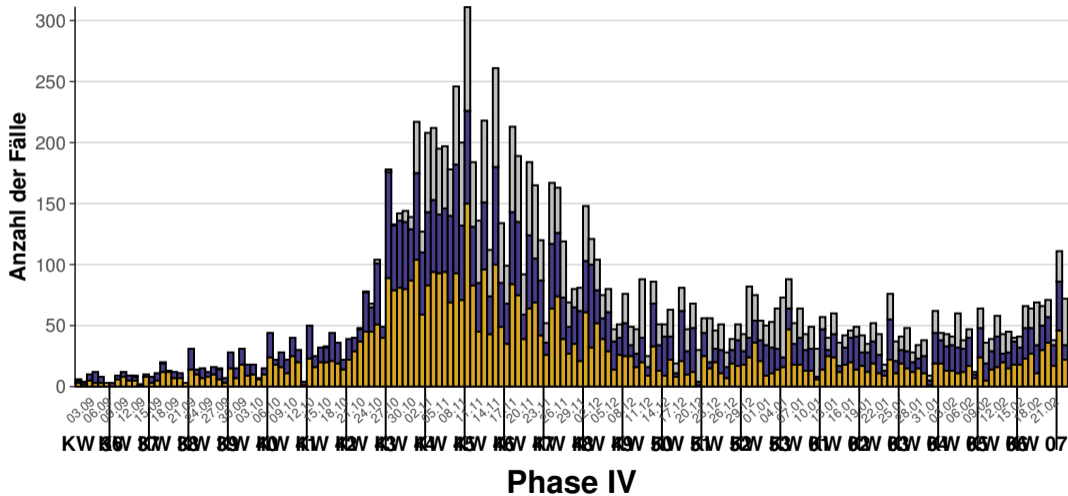
Abbildung 6: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Burgenland: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

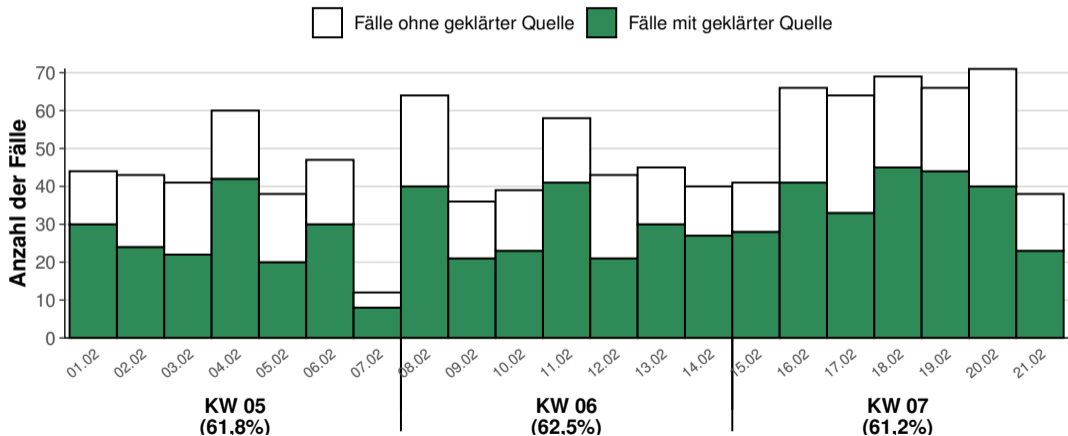
	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Burgenland (N)	330	303	260	285	325	415
Anteil asymptomatisch	37,3%	35,3%	32,3%	44,2%	36,0%	34,0%
Fälle asymptomatisch (n)	123	107	84	126	117	141
Fälle ungeklärt ² (n)	97	127	106	109	122	161
Indexfälle ³ (n)	52	59	56	48	75	53
Anteil geklärt	70,6%	58,1%	59,2%	61,8%	62,5%	61,2%
Fälle geklärt ⁴ (n)	233	176	154	176	203	254
Clusterfälle ⁵ (n)	244	214	198	209	269	279
sporadisch importierte Fälle (n)	1	1	1	4	2	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	192	154	142	161	194	224
Haushalt	53,6%	63,6%	62,7%	57,8%	62,4%	62,5%
Freizeit	13,5%	16,9%	27,5%	18,0%	21,6%	22,8%
Gesundheit-Sozial	30,7%	16,2%	5,6%	19,9%	9,3%	7,6%
Arbeit	0,5%	2,6%	1,4%	4,3%	5,2%	3,6%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	0,0%	0,0%	2,8%	0,0%	0,5%	1,8%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
Haushalt (n)	103	98	89	93	121	140
Bildung (n)	0	0	4	0	1	4
Gesundheit-Sozial (n)	59	25	8	32	18	17
Reise (n)	3	0	0	0	0	3

Burgenland: Phase IV 01.09.2020 – 24.02.2021

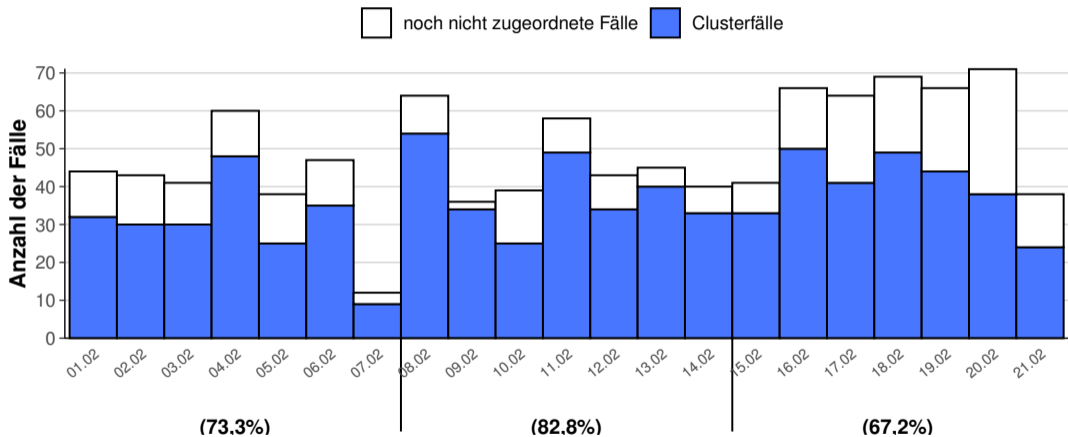
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



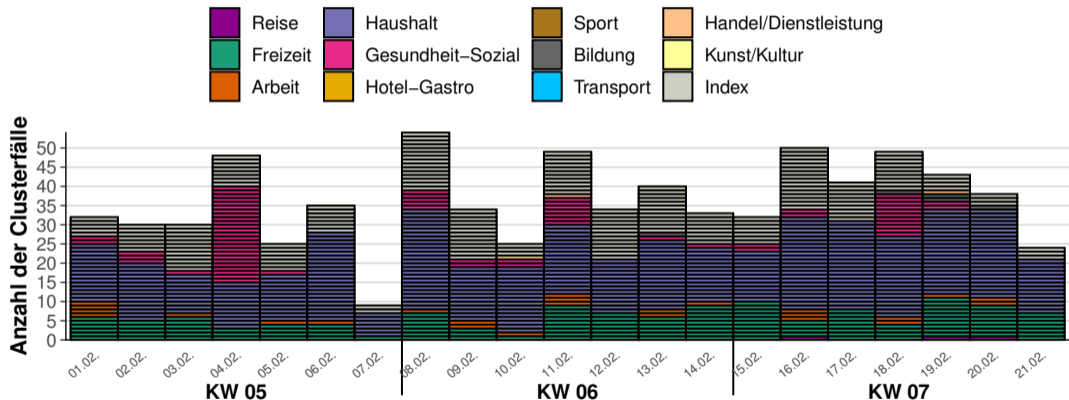
Burgenland: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Epidemiologische Parameter I

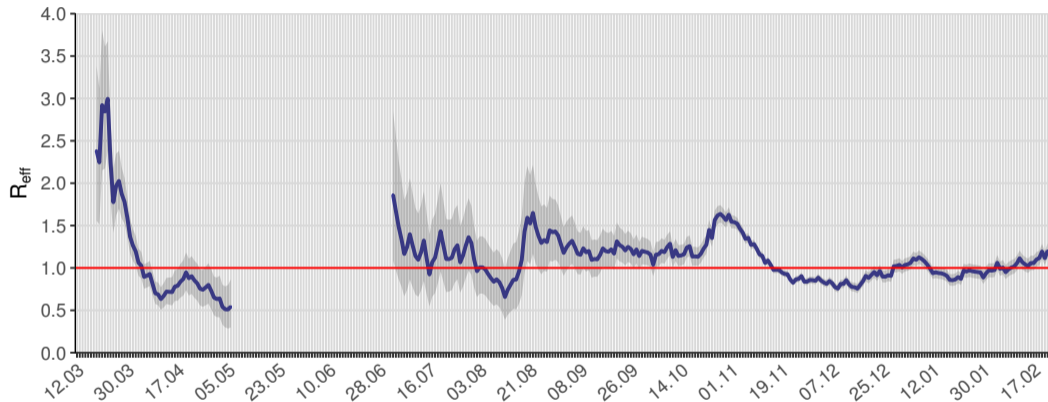


Abbildung 7: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 23.02. und 24.02. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Burgenland)

Burgenland: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 5: Schätzwerte des R_{eff} vom 13.02. bis zum 22.02.. (Burgenland)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
13.02	1,07	(0,98 - 1,16)
14.02	1,04	(0,96 - 1,13)
15.02	1,02	(0,94 - 1,11)
16.02	1,06	(0,98 - 1,15)
17.02	1,06	(0,97 - 1,14)
18.02	1,10	(1,01 - 1,19)
19.02	1,12	(1,03 - 1,20)
20.02	1,19	(1,11 - 1,28)
21.02	1,12	(1,03 - 1,20)
22.02	1,20	(1,12 - 1,29)

Burgenland: Altersverteilung II

Tabelle 6: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

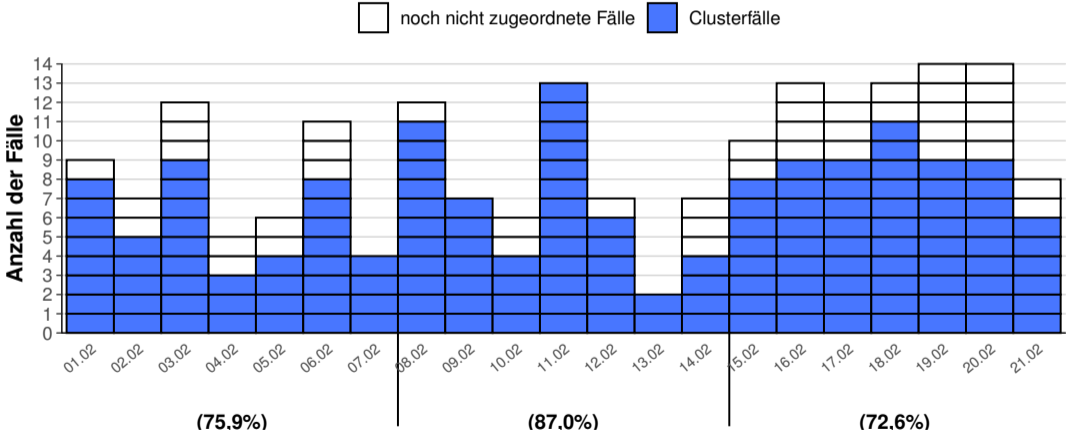
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 53	421	13	45.1	80
KW 01	400	20	47.5	78
KW 02	330	18	51.5	84
KW 03	303	18	45.0	70
KW 04	260	14	43.2	71
KW 05	285	17	47.4	80
KW 06	325	19	46.0	70
KW 07	415	15	43.2	72

Burgenland: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 06, KW 07)

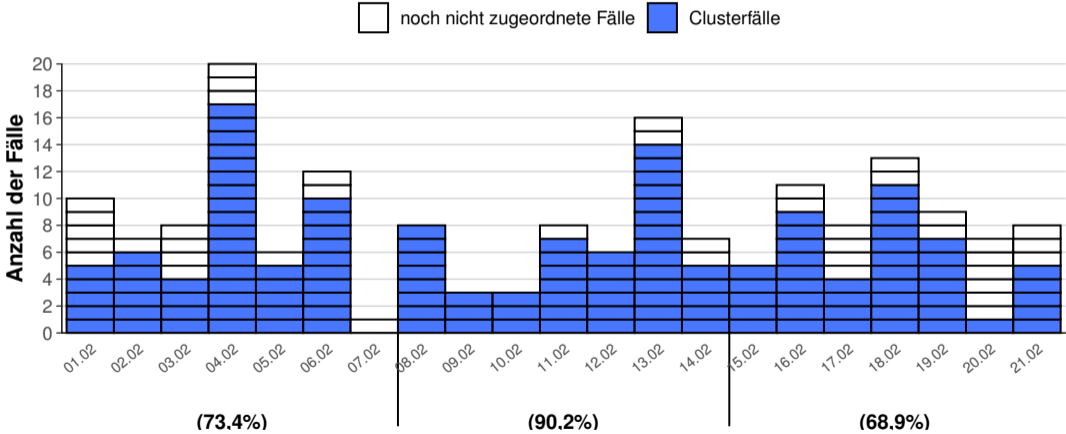
Tabelle 7: Verteilung der Infektionsfälle (KW 04 - KW 07 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 04							KW 05							KW 06							KW 07						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	2	28,6	5	71,4	0	0,0	7	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4
6-9	0	0,0	7	87,5	1	12,5	8	2	22,2	7	77,8	0	0,0	9	0	0,0	3	75,0	1	25,0	4	3	16,7	10	55,6	5	27,8	18
10-14	1	7,7	9	69,2	3	23,1	13	3	30,0	7	70,0	0	0,0	10	5	45,5	4	36,4	2	18,2	11	5	27,8	7	38,9	6	33,3	18
15-19	6	37,5	6	37,5	4	25,0	16	9	39,1	9	39,1	5	21,7	23	4	25,0	7	43,8	5	31,2	16	3	25,0	5	41,7	4	33,3	12
20-24	3	30,0	4	40,0	3	30,0	10	3	27,3	6	54,5	2	18,2	11	9	47,4	7	36,8	3	15,8	19	12	37,5	11	34,4	9	28,1	32
Total	12	22,2	31	57,4	11	20,4	54	17	31,5	29	53,7	8	14,8	54	19	35,2	23	42,6	12	22,2	54	25	29,8	34	40,5	25	29,8	84

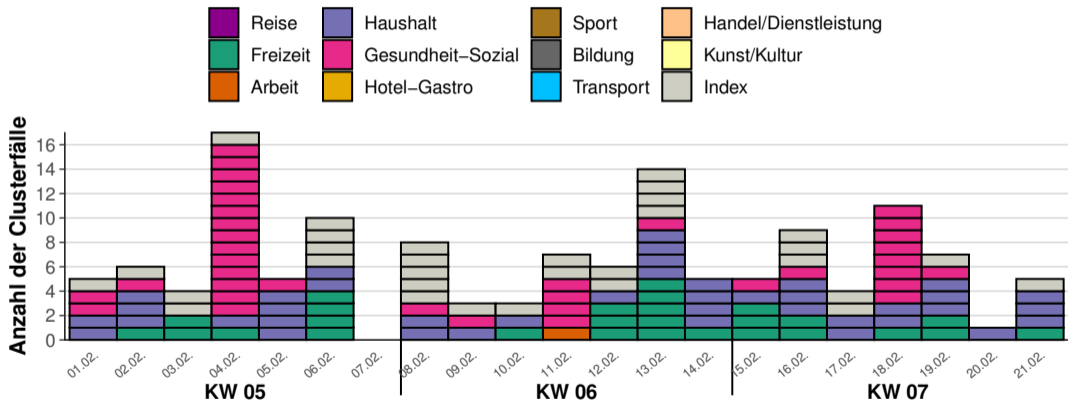
Burgenland: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Burgenland: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Burgenland: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Zeitlicher Verlauf bis 24.02.2021

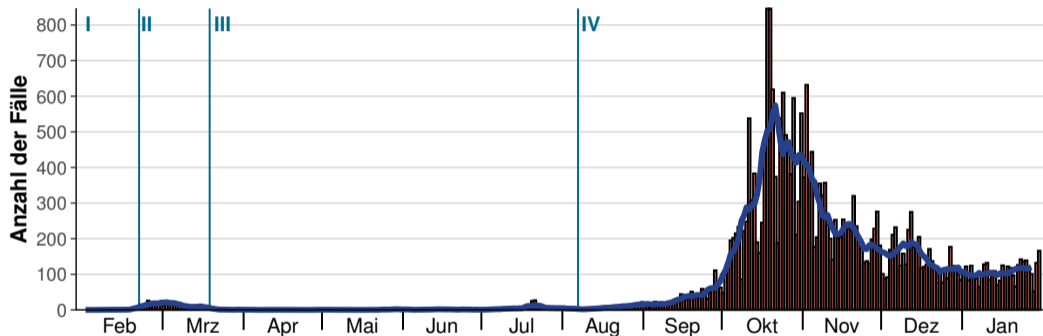


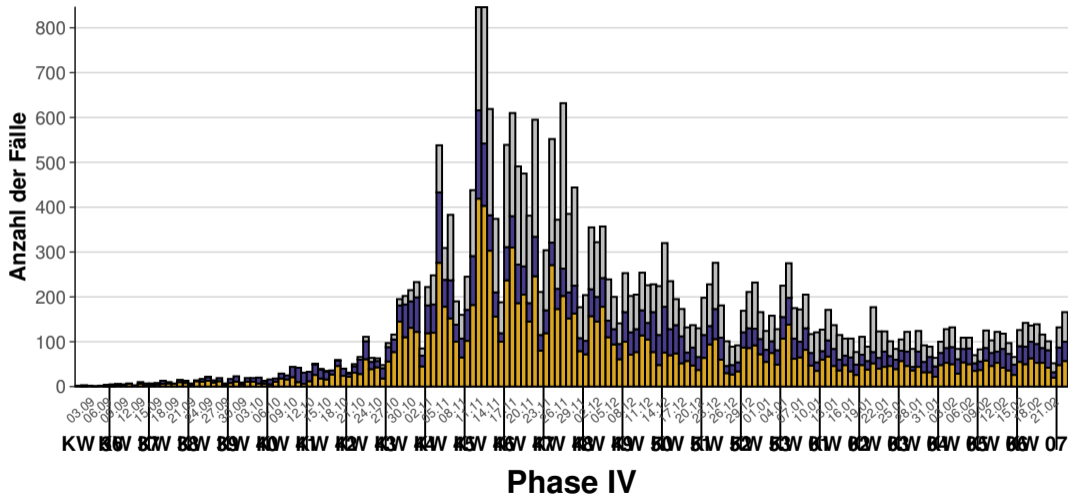
Abbildung 9: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Kärnten: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

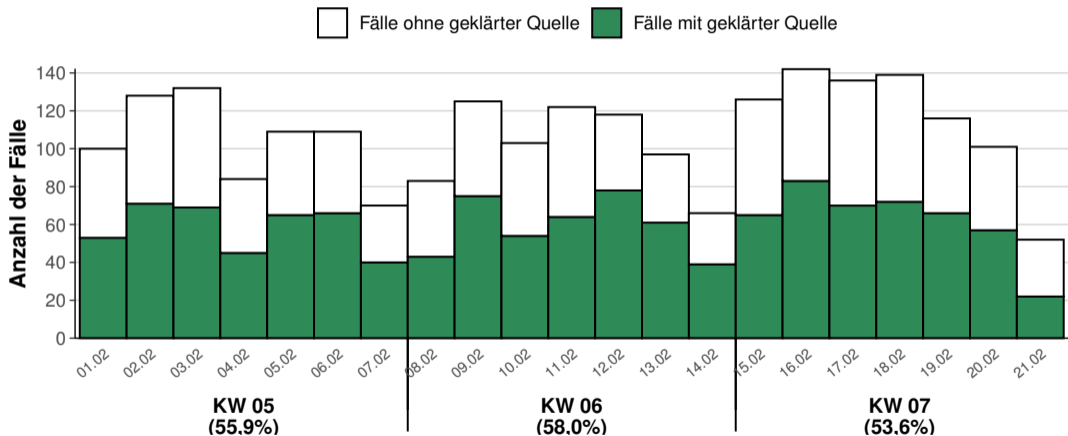
	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Kärnten (N)	841	808	680	732	714	812
Anteil asymptomatisch	22,8%	20,8%	26,0%	29,0%	28,4%	29,2%
Fälle asymptomatisch (n)	192	168	177	212	203	237
Fälle ungeklärt ² (n)	471	454	337	323	300	377
Indexfälle ³ (n)	199	165	149	157	166	135
Anteil geklärt	44,0%	43,8%	50,4%	55,9%	58,0%	53,6%
Fälle geklärt ⁴ (n)	370	354	343	409	414	435
Clusterfälle ⁵ (n)	556	508	476	537	554	542
sporadisch importierte Fälle (n)	0	2	2	0	0	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	356	341	325	380	384	405
Haushalt	73,3%	68,9%	67,4%	74,5%	74,5%	85,2%
Freizeit	3,9%	4,4%	8,0%	10,0%	9,9%	6,2%
Gesundheit-Sozial	22,5%	21,7%	15,4%	2,1%	2,3%	2,5%
Arbeit	0,0%	2,1%	2,5%	4,7%	9,9%	4,2%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%
Bildung	0,0%	2,9%	6,2%	5,0%	1,6%	1,0%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,2%
Reise	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%
Haushalt (n)	261	235	219	283	286	345
Bildung (n)	0	10	20	19	6	4
Gesundheit-Sozial (n)	80	74	50	8	9	10
Reise (n)	0	0	1	0	1	0

Kärnten: Phase IV 01.09.2020 – 24.02.2021

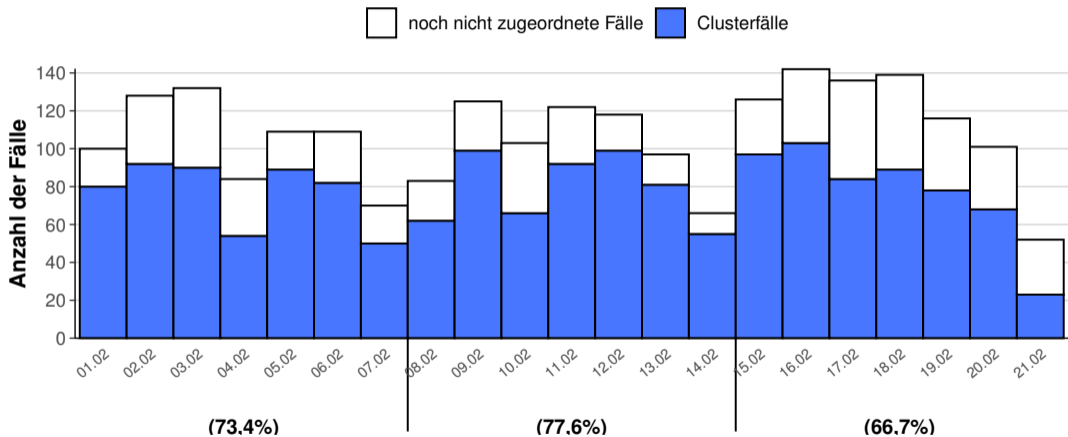
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Kärnten: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Epidemiologische Parameter I

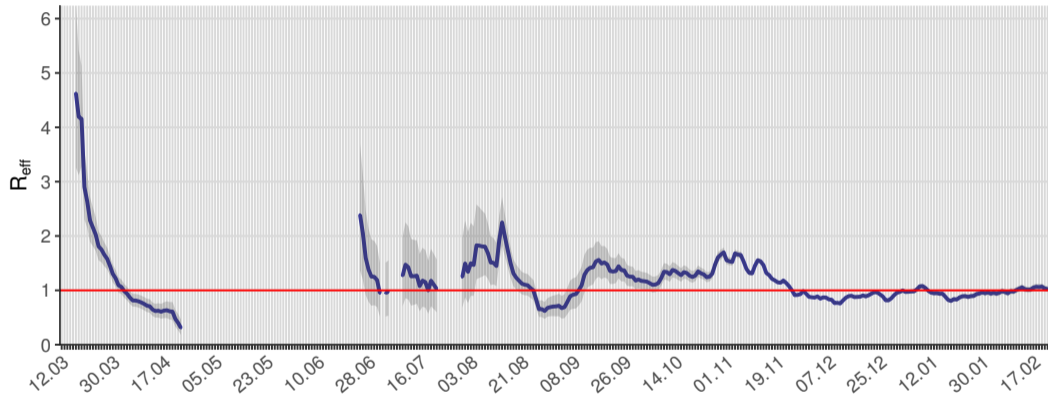


Abbildung 10: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 23.02. und 24.02. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Kärnten)

Kärnten: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 8: Schätzwerte des R_{eff} vom 13.02. bis zum 22.02.. (Kärnten)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
13.02	1,05	(1,00 - 1,11)
14.02	1,02	(0,97 - 1,08)
15.02	1,01	(0,96 - 1,07)
16.02	1,01	(0,96 - 1,07)
17.02	1,05	(1,00 - 1,11)
18.02	1,07	(1,01 - 1,12)
19.02	1,06	(1,01 - 1,11)
20.02	1,07	(1,02 - 1,12)
21.02	1,03	(0,98 - 1,09)
22.02	1,03	(0,97 - 1,08)

Kärnten: Altersverteilung II

Tabelle 9: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

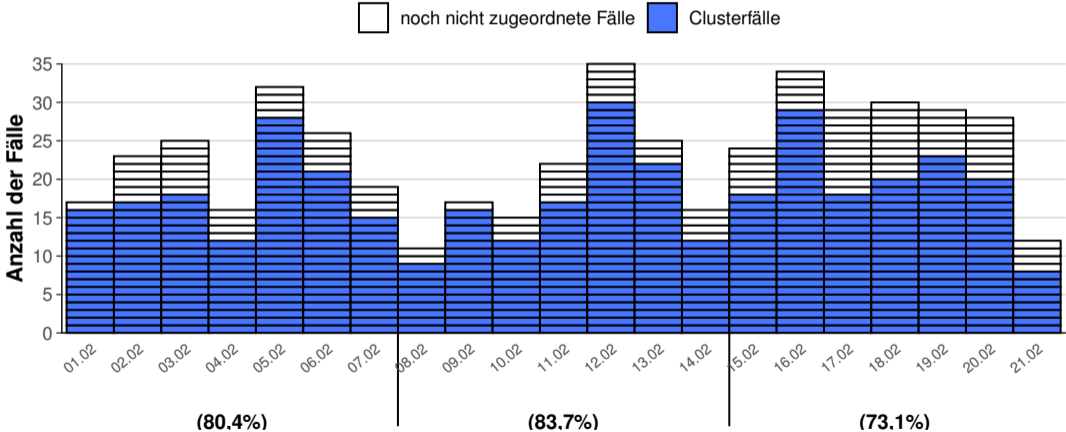
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 53	1.188	21	48.3	79.0
KW 01	1.290	20	50.5	84.0
KW 02	841	20	49.0	81.0
KW 03	808	19	47.4	81.0
KW 04	680	20	48.8	80.0
KW 05	732	17	44.3	73.0
KW 06	714	16	44.1	73.7
KW 07	812	14	44.1	75.0

Kärnten: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 06, KW 07)

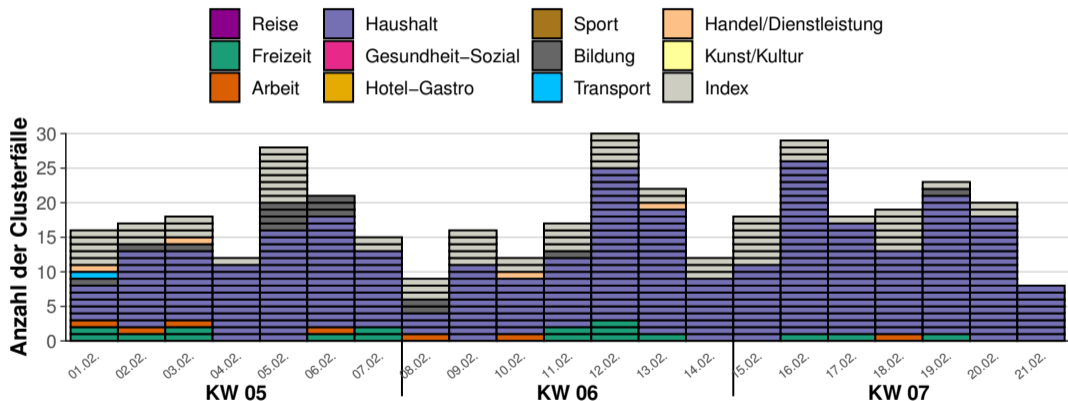
Tabelle 10: Verteilung der Infektionsfälle (KW 04 - KW 07 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 04							KW 05							KW 06							KW 07						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	3	27,3	6	54,5	2	18,2	11	9	56,2	4	25,0	3	18,8	16	4	28,6	6	42,9	4	28,6	14	2	20,0	7	70,0	1	10,0	10
6-9	5	33,3	8	53,3	2	13,3	15	6	23,1	12	46,2	8	30,8	26	2	11,8	10	58,8	5	29,4	17	9	25,0	19	52,8	8	22,2	36
10-14	6	60,0	4	40,0	0	0,0	10	10	40,0	11	44,0	4	16,0	25	8	22,9	18	51,4	9	25,7	35	13	27,7	23	48,9	11	23,4	47
15-19	15	50,0	6	20,0	9	30,0	30	7	25,9	17	63,0	3	11,1	27	12	35,3	12	35,3	10	29,4	34	15	33,3	21	46,7	9	20,0	45
20-24	8	25,0	7	21,9	17	53,1	32	33	51,6	15	23,4	16	25,0	64	21	51,2	11	26,8	9	22,0	41	24	50,0	10	20,8	14	29,2	48
Total	37	37,8	31	31,6	30	30,6	98	65	41,1	59	37,3	34	21,5	158	47	33,3	57	40,4	37	26,2	141	63	33,9	80	43,0	43	23,1	186

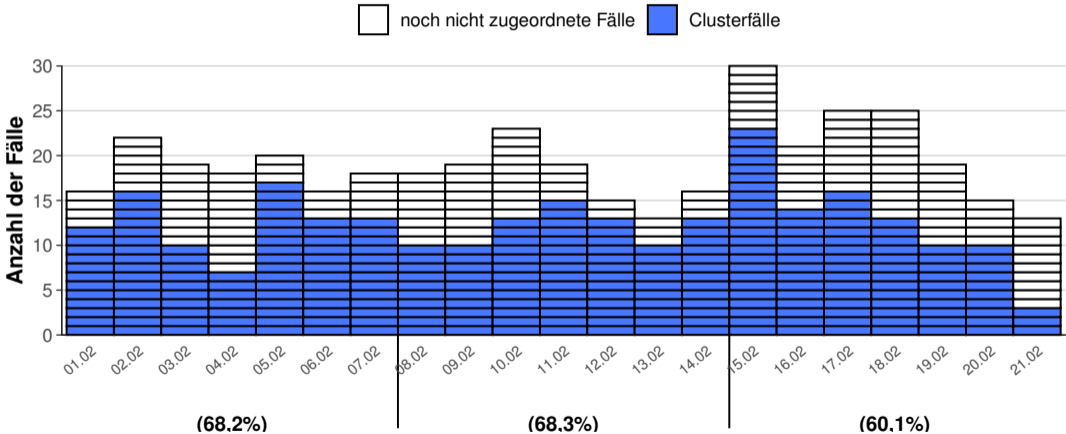
Kärnten: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



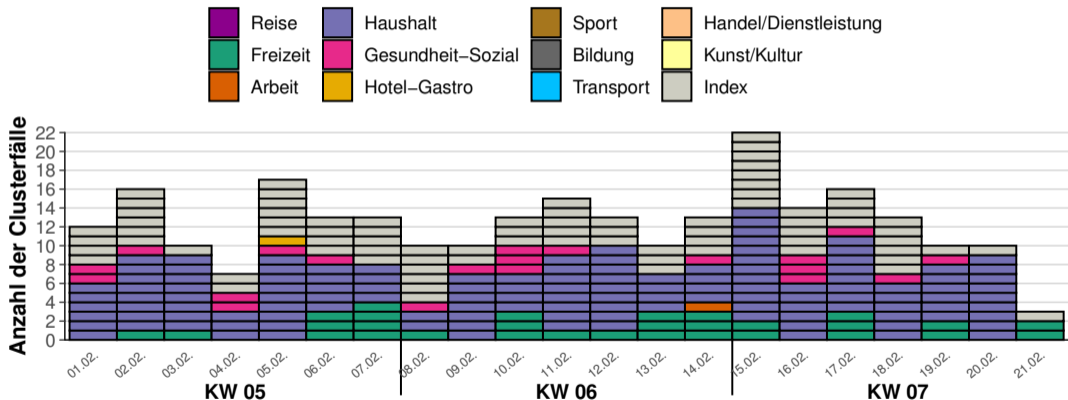
Kärnten: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 24.02.2021

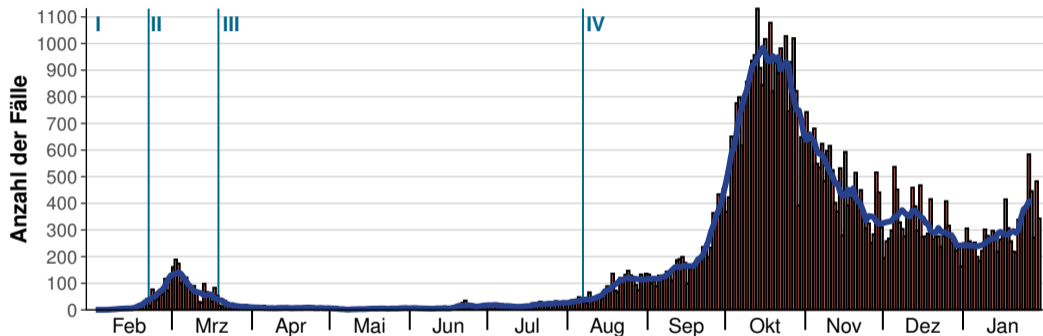


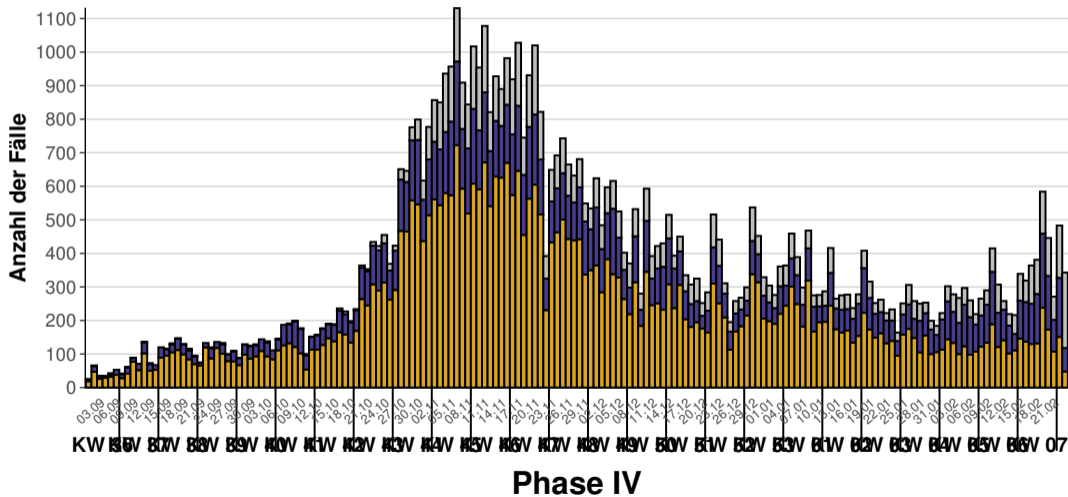
Abbildung 12: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Niederösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

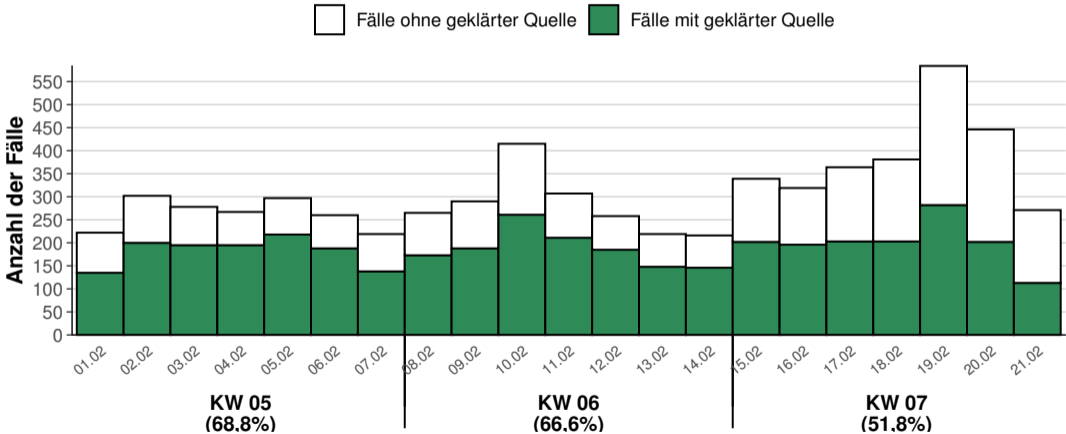
	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Niederösterreich (N)	2.035	1.857	1.701	1.845	1.970	2.704
Anteil asymptomatisch	24,9%	28,8%	27,9%	38,3%	34,9%	36,0%
Fälle asymptomatisch (n)	507	534	475	706	687	974
Fälle ungeklärt ² (n)	624	620	585	576	658	1.303
Indexfälle ³ (n)	320	303	326	325	365	250
Anteil geklärt	69,3%	66,6%	65,6%	68,8%	66,6%	51,8%
Fälle geklärt ⁴ (n)	1.411	1.237	1.116	1.269	1.312	1.401
Clusterfälle ⁵ (n)	1.512	1.335	1.394	1.556	1.639	1.554
sporadisch importierte Fälle (n)	20	13	9	5	10	7
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	1.192	1.029	1.061	1.230	1.271	1.295
Haushalt	57,4%	59,5%	59,4%	56,3%	62,1%	62,3%
Freizeit	16,4%	11,4%	16,2%	16,9%	17,7%	15,5%
Gesundheit-Sozial	18,0%	16,9%	15,1%	13,2%	9,0%	5,6%
Arbeit	4,6%	7,1%	6,6%	11,1%	6,9%	6,5%
Hotel-Gastro	0,0%	0,2%	0,1%	0,4%	0,2%	0,2%
Bildung	0,3%	1,9%	1,4%	1,1%	2,2%	7,7%
Transport	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%
Reise	0,8%	0,7%	0,5%	0,5%	0,2%	0,5%
Haushalt (n)	684	612	630	693	789	807
Bildung (n)	4	20	15	13	28	100
Gesundheit-Sozial (n)	214	174	160	162	115	72
Reise (n)	10	7	5	6	2	6

Niederösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 24.02.2021

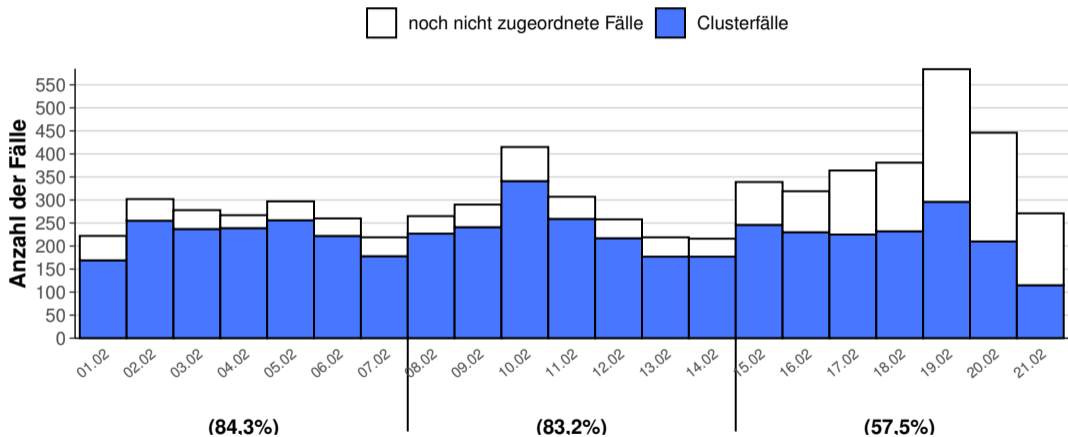
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



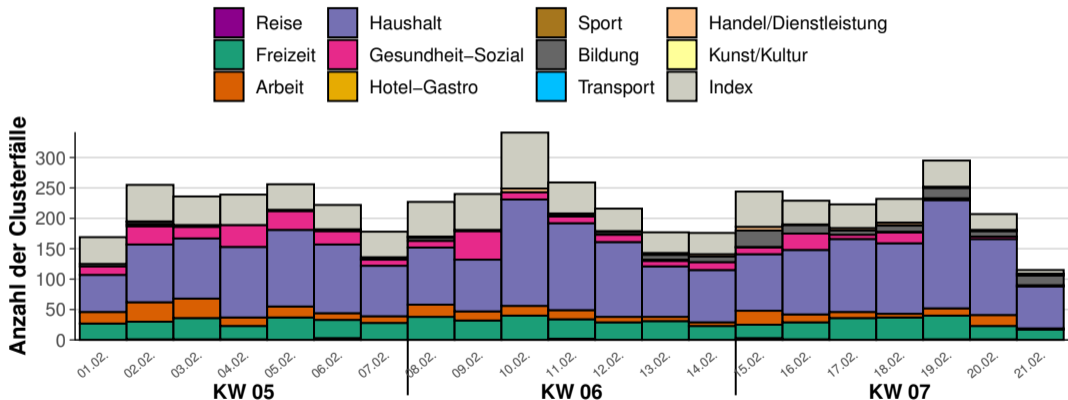
Niederösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Epidemiologische Parameter I

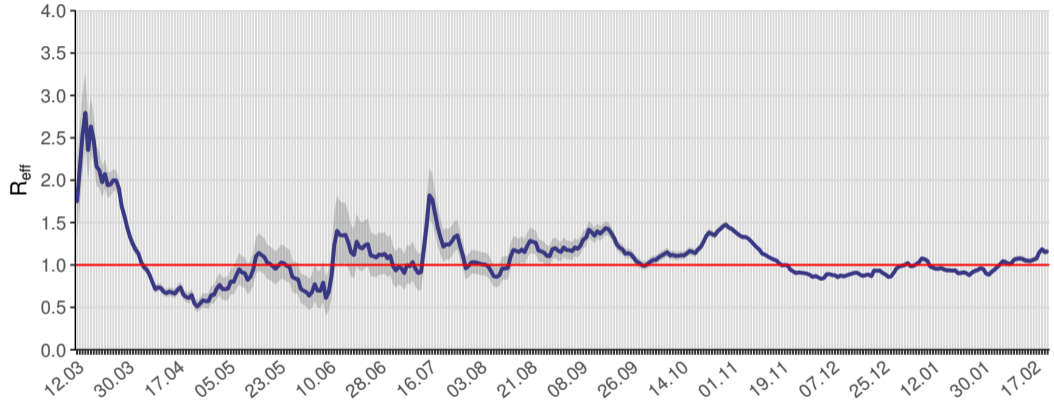


Abbildung 13: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 23.02. und 24.02. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Niederösterreich)

Niederösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 11: Schätzwerte des R_{eff} vom 13.02. bis zum 22.02.. (Niederösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
13.02	1,07	(1,04 - 1,11)
14.02	1,05	(1,02 - 1,09)
15.02	1,05	(1,01 - 1,08)
16.02	1,05	(1,01 - 1,08)
17.02	1,06	(1,03 - 1,10)
18.02	1,07	(1,04 - 1,11)
19.02	1,15	(1,11 - 1,18)
20.02	1,19	(1,15 - 1,22)
21.02	1,15	(1,12 - 1,18)
22.02	1,16	(1,13 - 1,19)

Niederösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 12: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

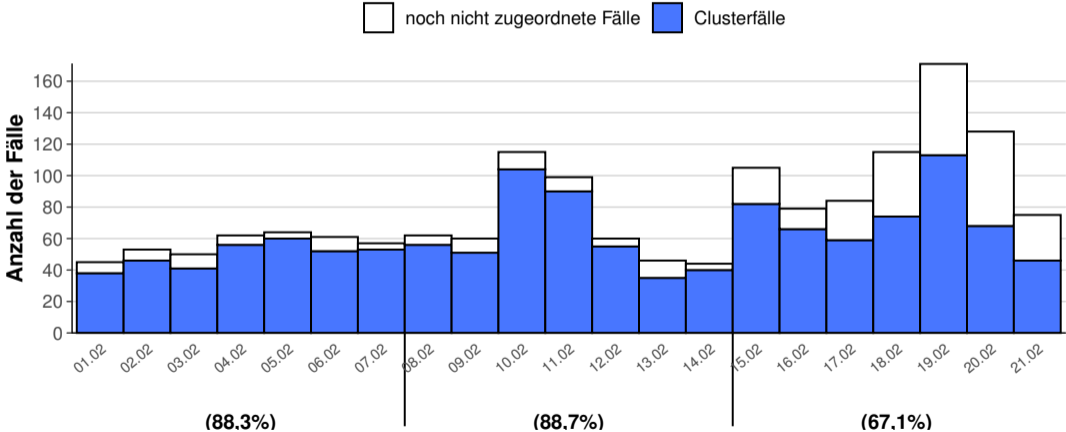
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 53	2.558	18.0	46.7	79
KW 01	2.529	18.0	46.0	79
KW 02	2.035	18.0	45.5	78
KW 03	1.857	16.0	44.6	78
KW 04	1.701	18.0	46.6	79
KW 05	1.845	16.0	44.0	73
KW 06	1.970	14.9	42.0	70
KW 07	2.704	10.0	40.5	70

Niederösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 06, KW 07)

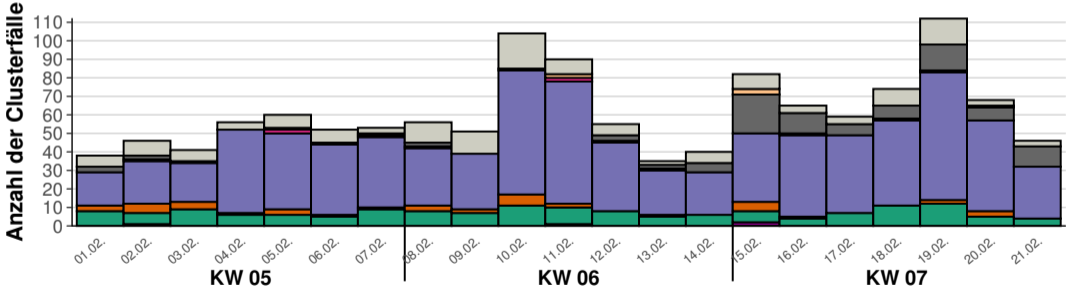
Tabelle 13: Verteilung der Infektionsfälle (KW 04 - KW 07 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 04							KW 05							KW 06							KW 07									
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total			
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<6	6	50,0	4	33,3	2	16,7	12	9	28,1	22	68,8	1	3,1	32	11	28,9	22	57,9	5	13,2	38	21	25,6	45	54,9	16	19,5	82			
6-9	11	36,7	14	46,7	5	16,7	30	8	19,5	26	63,4	7	17,1	41	21	34,4	36	59,0	4	6,6	61	43	26,9	90	56,2	27	16,9	160			
10-14	25	35,7	37	52,9	8	11,4	70	23	25,8	49	55,1	17	19,1	89	29	29,6	51	52,0	18	18,4	98	47	27,8	86	50,9	36	21,3	169			
15-19	53	59,6	24	27,0	12	13,5	89	45	42,5	44	41,5	17	16,0	106	58	41,7	50	36,0	31	22,3	139	73	39,0	70	37,4	44	23,5	187			
20-24	65	56,0	31	26,7	20	17,2	116	57	46,0	39	31,5	28	22,6	124	77	51,3	52	34,7	21	14,0	150	69	43,4	46	28,9	44	27,7	159			
Total	160	50,5	110	34,7	47	14,8	317	142	36,2	180	45,9	70	17,9	392	196	40,3	211	43,4	79	16,3	486	253	33,4	337	44,5	167	22,1	757			

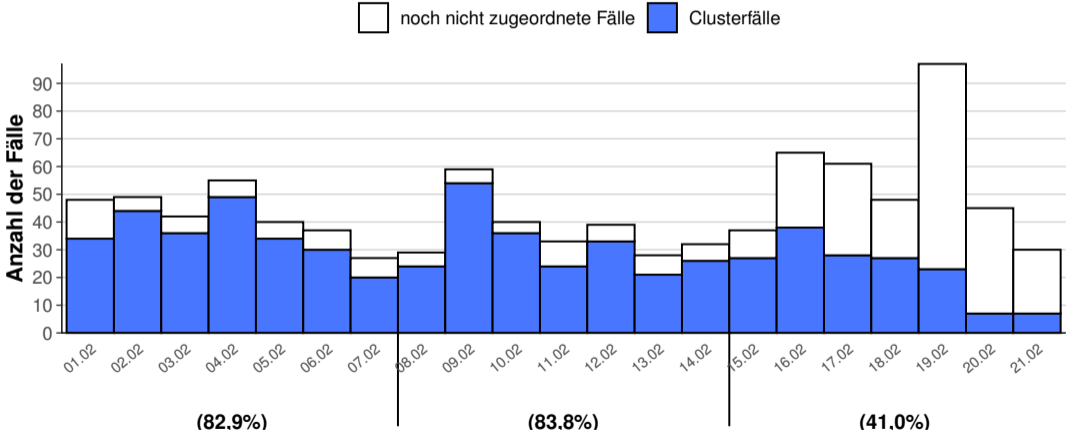
Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Oberösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 24.02.2021

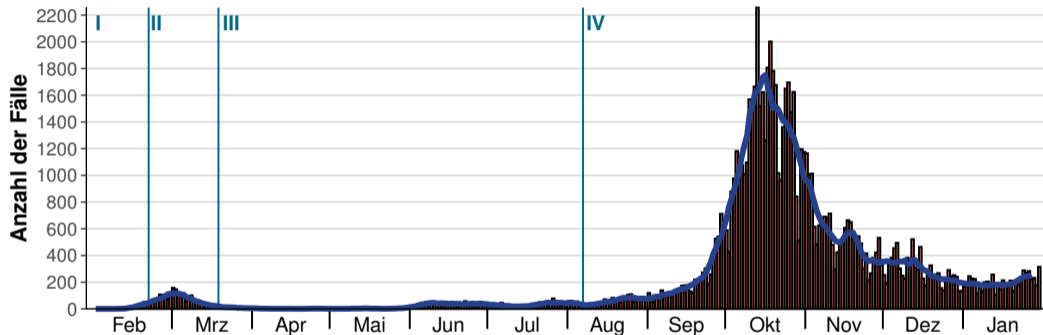


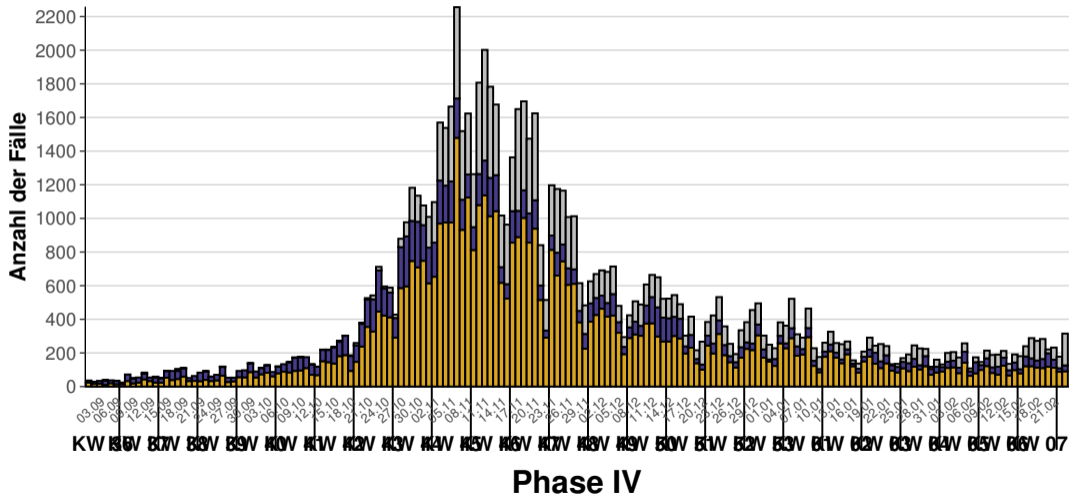
Abbildung 15: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Oberösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

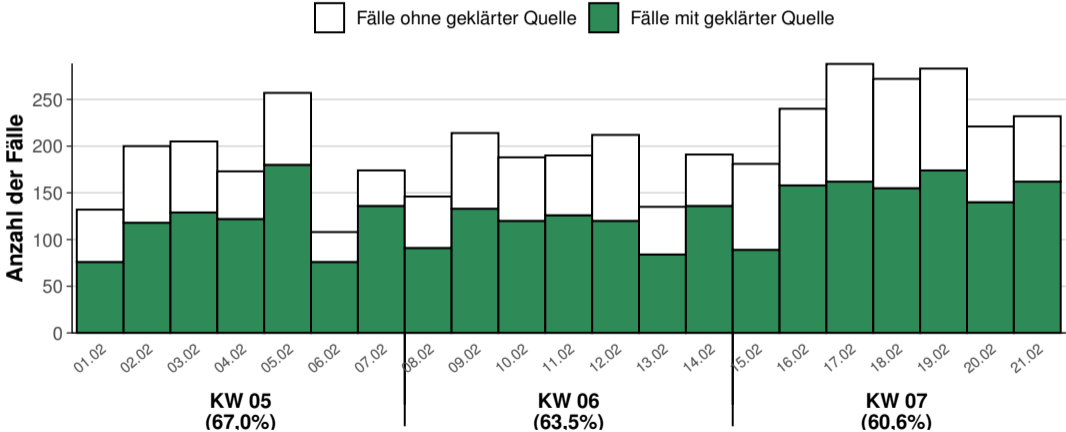
	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Oberösterreich (N)	1.659	1.504	1.334	1.249	1.276	1.717
Anteil asymptomatisch	11,5%	19,0%	21,5%	23,5%	21,9%	20,6%
Fälle asymptomatisch (n)	191	286	287	293	279	353
Fälle ungeklärt ² (n)	750	586	491	412	466	677
Indexfälle ³ (n)	330	309	280	270	287	252
Anteil geklärt	54,8%	61,0%	63,2%	67,0%	63,5%	60,6%
Fälle geklärt ⁴ (n)	909	918	843	837	810	1.040
Clusterfälle ⁵ (n)	1.138	1.172	1.024	1.008	1.040	1.117
sporadisch importierte Fälle (n)	20	6	8	10	5	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	806	861	742	733	753	863
Haushalt	57,6%	63,1%	62,3%	68,3%	73,7%	78,0%
Freizeit	19,9%	14,8%	16,3%	14,7%	12,4%	10,5%
Gesundheit-Sozial	15,9%	12,4%	8,1%	3,8%	2,9%	0,5%
Arbeit	4,7%	6,7%	7,7%	8,5%	6,6%	6,7%
Hotel-Gastro	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Bildung	0,5%	2,1%	3,1%	2,9%	1,3%	2,0%
Transport	0,0%	0,1%	1,2%	0,8%	0,1%	0,2%
Reise	0,9%	0,1%	0,5%	0,3%	1,9%	0,5%
Haushalt (n)	464	543	462	501	555	673
Bildung (n)	4	18	23	21	10	17
Gesundheit-Sozial (n)	128	107	60	28	22	4
Reise (n)	7	1	4	2	14	4

Oberösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 24.02.2021

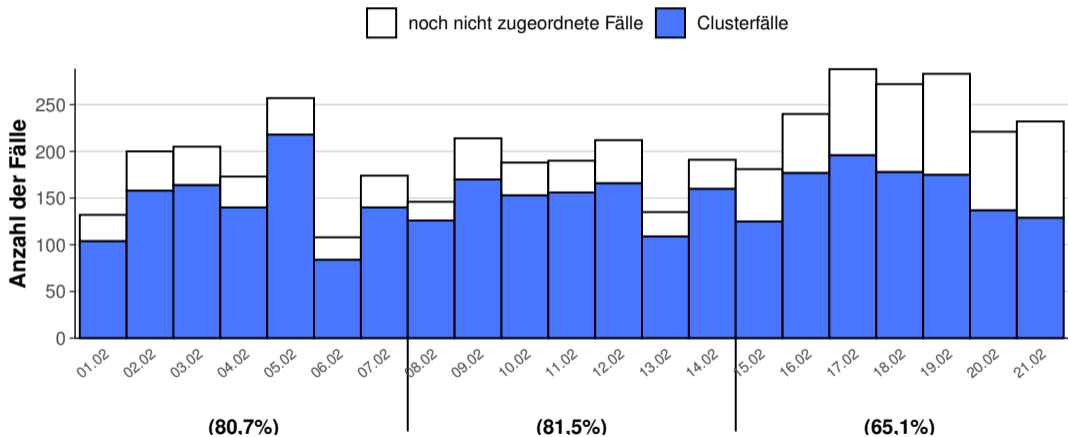
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



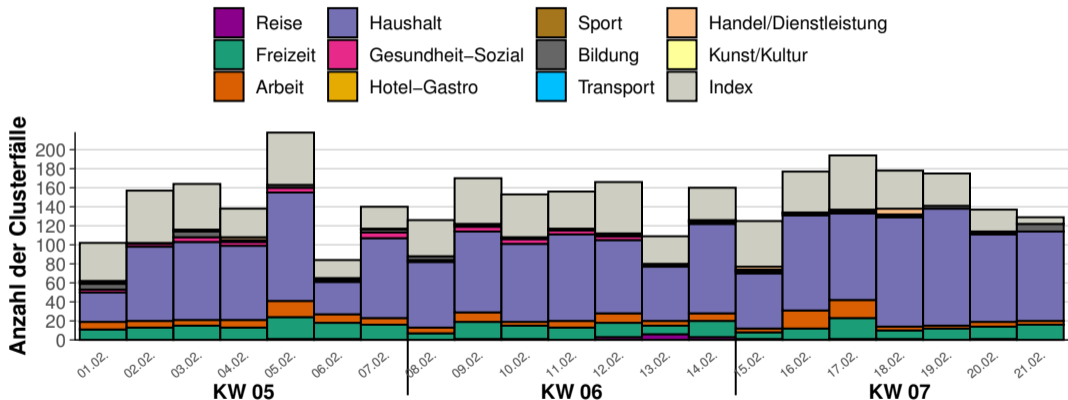
Oberösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Epidemiologische Parameter I

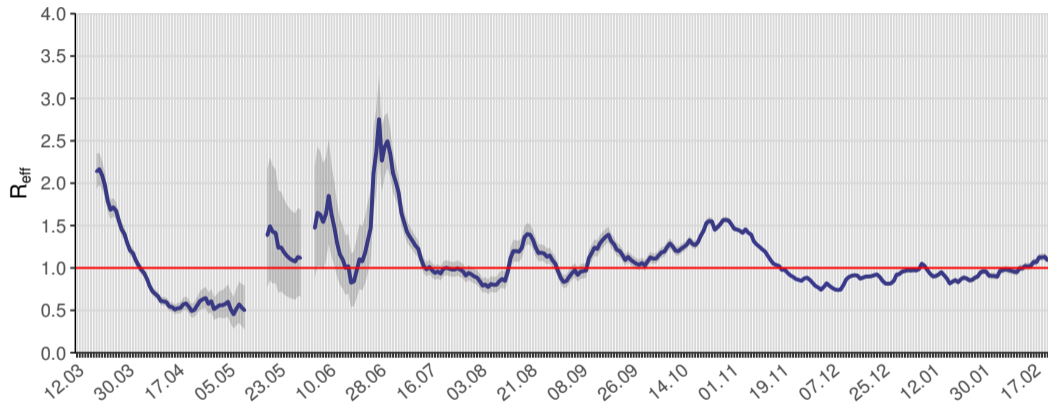


Abbildung 16: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 23.02. und 24.02. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Oberösterreich)

Oberösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 14: Schätzwerte des R_{eff} vom 13.02. bis zum 22.02.. (Oberösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
13.02	0,99	(0,95 - 1,04)
14.02	1,02	(0,98 - 1,06)
15.02	1,01	(0,97 - 1,06)
16.02	1,03	(0,99 - 1,07)
17.02	1,07	(1,03 - 1,11)
18.02	1,07	(1,03 - 1,11)
19.02	1,13	(1,09 - 1,17)
20.02	1,12	(1,08 - 1,17)
21.02	1,13	(1,09 - 1,17)
22.02	1,09	(1,05 - 1,13)

Oberösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 15: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

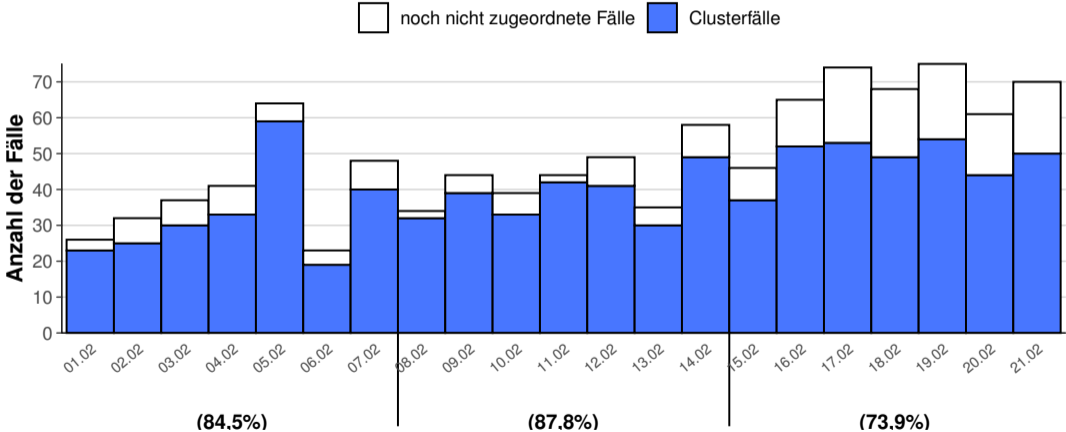
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 53	2.495	20.0	47.0	79
KW 01	2.354	20.0	47.6	79
KW 02	1.659	20.0	46.2	76
KW 03	1.504	17.0	43.8	73
KW 04	1.334	16.3	43.3	72
KW 05	1.249	16.0	41.8	70
KW 06	1.276	16.0	41.1	66
KW 07	1.717	14.0	38.7	64

Oberösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 06, KW 07)

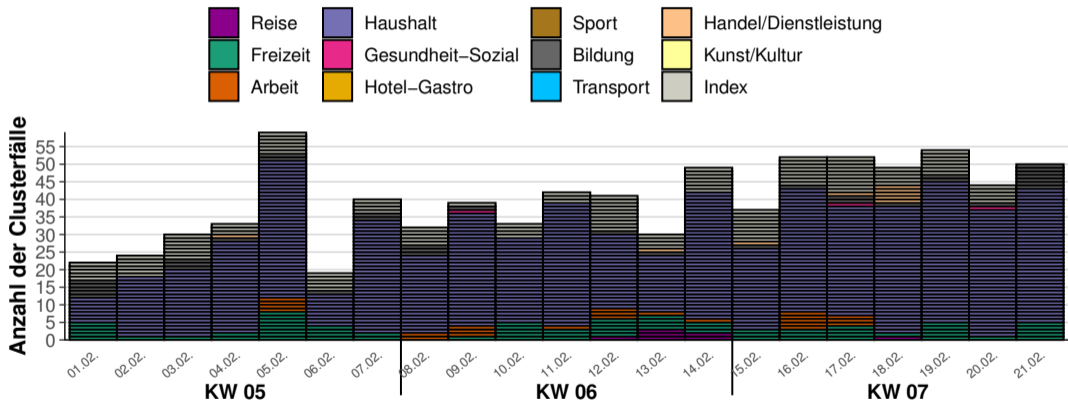
Tabelle 16: Verteilung der Infektionsfälle (KW 04 - KW 07 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 04							KW 05							KW 06							KW 07						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	10	50,0	2	10,0	8	40,0	20	8	34,8	14	60,9	1	4,3	23	6	50,0	5	41,7	1	8,3	12	14	53,8	9	34,6	3	11,5	26
6-9	10	29,4	10	29,4	14	41,2	34	14	35,9	18	46,2	7	17,9	39	9	24,3	15	40,5	13	35,1	37	23	35,4	23	35,4	19	29,2	65
10-14	24	46,2	13	25,0	15	28,8	52	9	20,5	23	52,3	12	27,3	44	22	35,5	19	30,6	21	33,9	62	23	24,0	40	41,7	33	34,4	96
15-19	26	33,3	22	28,2	30	38,5	78	40	55,6	20	27,8	12	16,7	72	38	42,7	26	29,2	25	28,1	89	51	43,2	22	18,6	45	38,1	118
20-24	40	46,5	24	27,9	22	25,6	86	49	52,7	21	22,6	23	24,7	93	52	50,5	27	26,2	24	23,3	103	73	47,4	18	11,7	63	40,9	154
Total	110	40,7	71	26,3	89	33,0	270	120	44,3	96	35,4	55	20,3	271	127	41,9	92	30,4	84	27,7	303	184	40,1	112	24,4	163	35,5	459

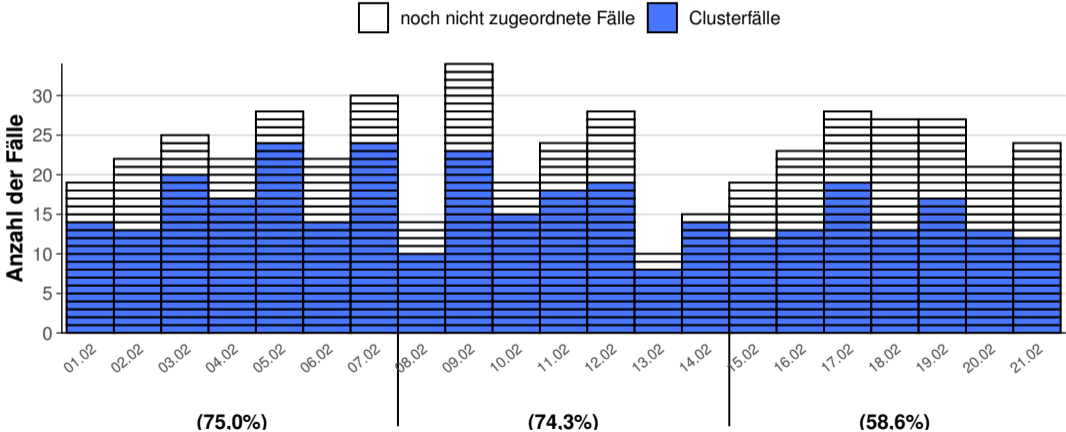
Oberösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



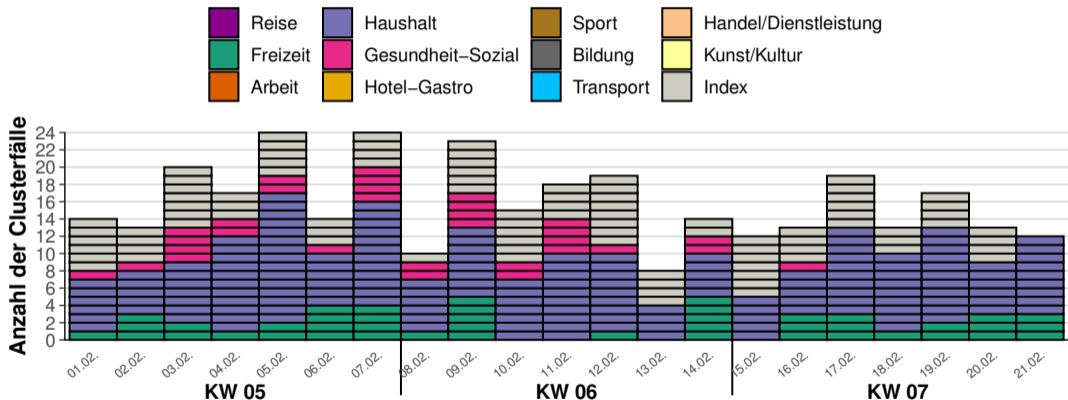
Oberösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Zeitlicher Verlauf bis 24.02.2021

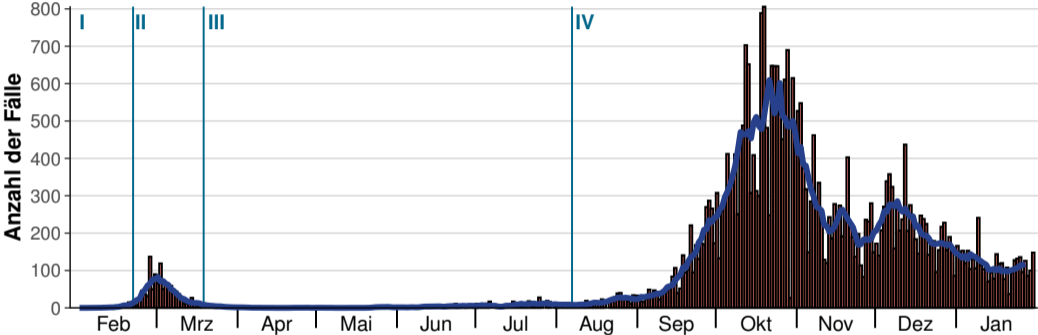


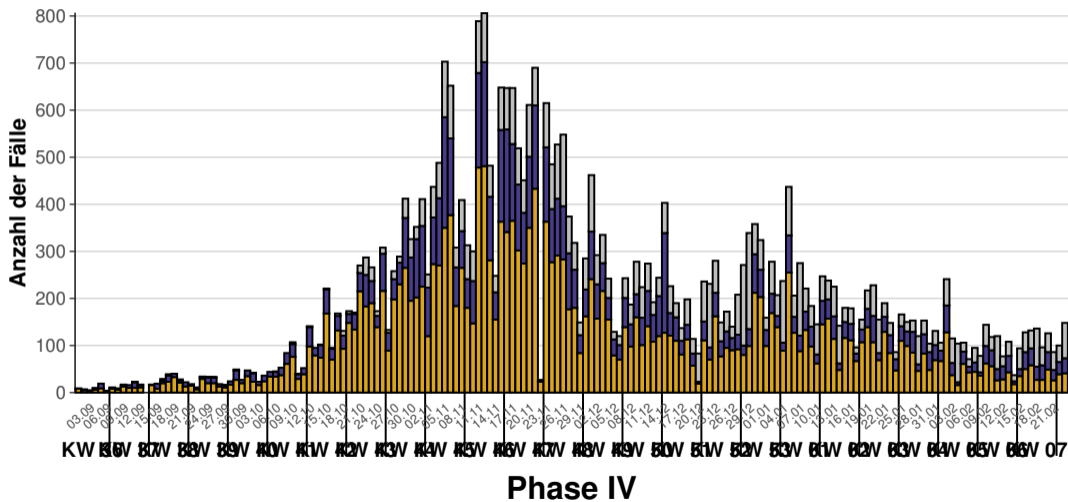
Abbildung 18: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Salzburg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

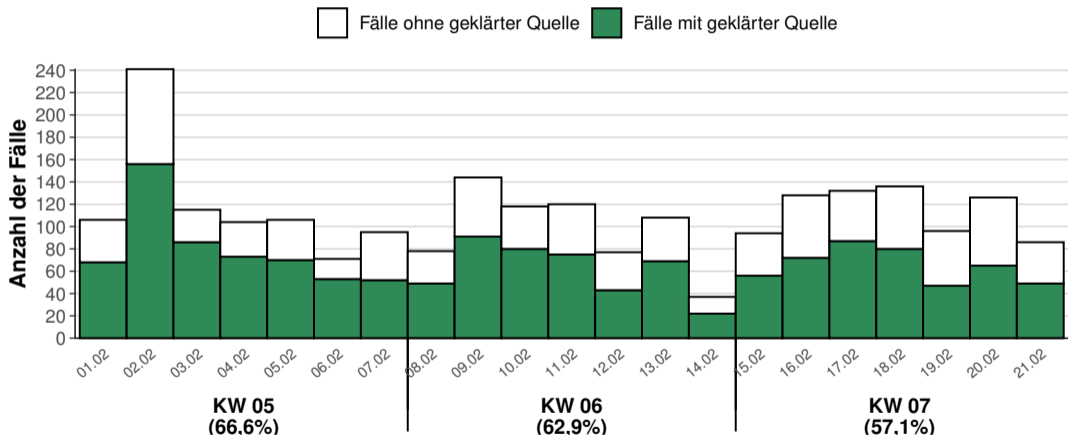
	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Salzburg (N)	1.307	1.179	977	838	682	798
Anteil asymptomatisch	18,2%	19,6%	23,6%	20,2%	25,1%	25,7%
Fälle asymptomatisch (n)	238	231	231	169	171	205
Fälle ungeklärt ² (n)	503	383	341	280	253	342
Indexfälle ³ (n)	280	242	198	156	137	142
Anteil geklärt	61,5%	67,5%	65,1%	66,6%	62,9%	57,1%
Fälle geklärt ⁴ (n)	804	796	636	558	429	456
Clusterfälle ⁵ (n)	1.054	947	773	643	515	533
sporadisch importierte Fälle (n)	4	2	3	6	5	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	773	704	572	477	373	387
Haushalt	65,3%	64,5%	62,6%	69,0%	76,7%	78,8%
Freizeit	11,6%	13,4%	10,7%	14,7%	13,4%	8,5%
Gesundheit-Sozial	16,6%	15,2%	14,0%	7,1%	2,7%	2,1%
Arbeit	3,8%	4,5%	9,6%	6,9%	5,4%	8,3%
Hotel-Gastro	0,3%	0,3%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%
Bildung	1,2%	1,7%	2,8%	1,3%	1,3%	1,3%
Transport	0,4%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%
Reise	0,4%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	1,0%
Haushalt (n)	505	454	358	329	286	305
Bildung (n)	9	12	16	6	5	5
Gesundheit-Sozial (n)	128	107	80	34	10	8
Reise (n)	3	0	0	1	0	4

Salzburg: Phase IV 01.09.2020 – 24.02.2021

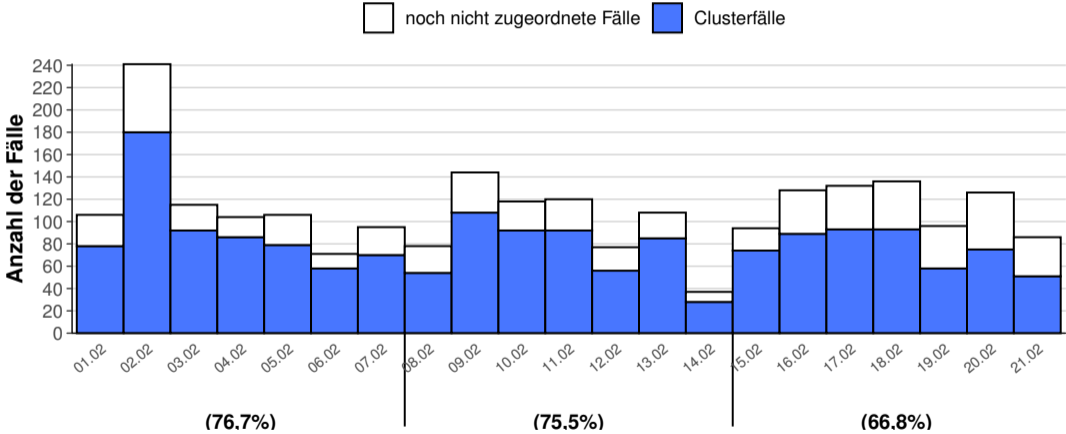
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



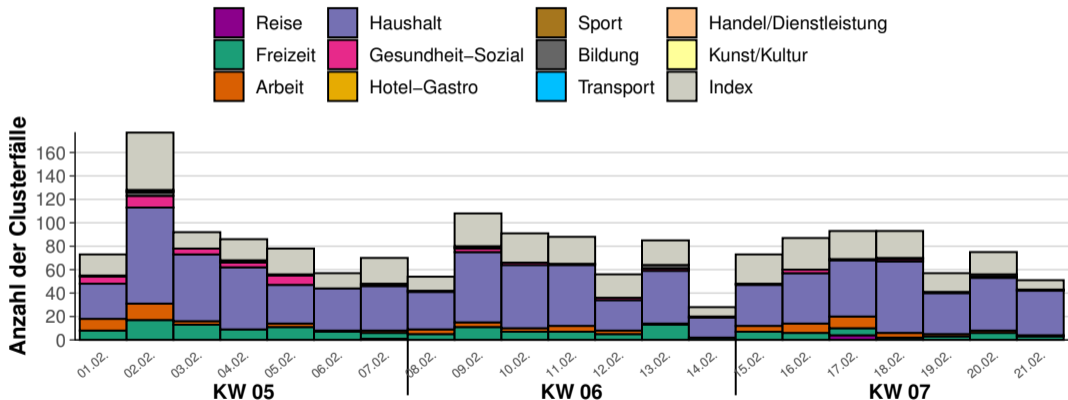
Salzburg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Epidemiologische Parameter I

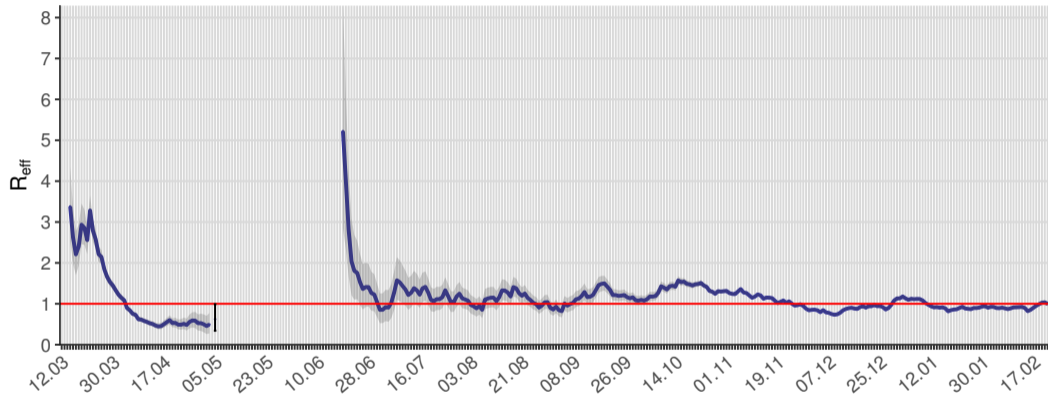


Abbildung 19: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 23.02. und 24.02. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Salzburg)

Salzburg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 17: Schätzwerte des R_{eff} vom 13.02. bis zum 22.02.. (Salzburg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
13.02	0,92	(0,88 - 0,97)
14.02	0,90	(0,85 - 0,94)
15.02	0,82	(0,78 - 0,87)
16.02	0,85	(0,81 - 0,90)
17.02	0,90	(0,85 - 0,95)
18.02	0,95	(0,90 - 1,00)
19.02	0,99	(0,94 - 1,04)
20.02	1,03	(0,97 - 1,08)
21.02	1,03	(0,98 - 1,09)
22.02	1,00	(0,95 - 1,05)

Salzburg: Altersverteilung II

Tabelle 18: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

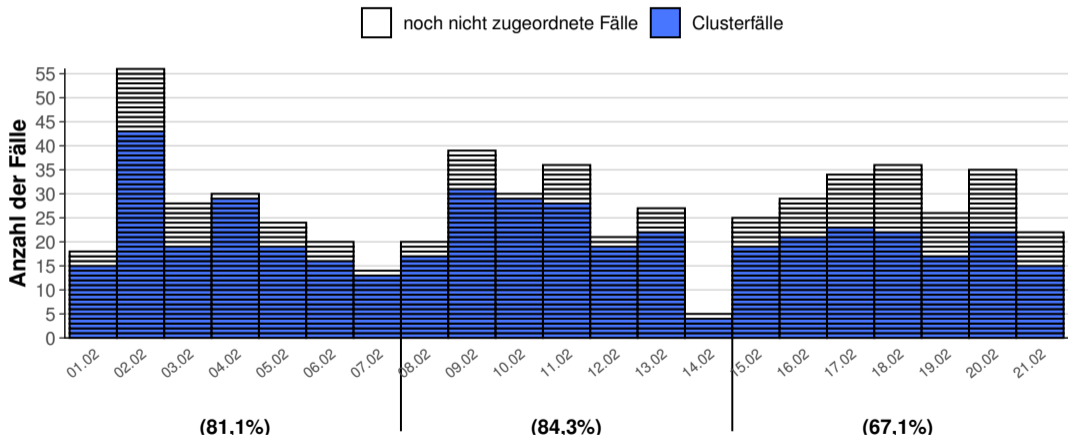
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 53	1.936	17	43.1	72
KW 01	1.705	17	42.9	74
KW 02	1.307	18	46.1	78
KW 03	1.179	17	42.5	74
KW 04	977	16	42.4	73
KW 05	838	16	42.7	72
KW 06	682	15	40.7	72
KW 07	798	13	40.5	70

Salzburg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 06, KW 07)

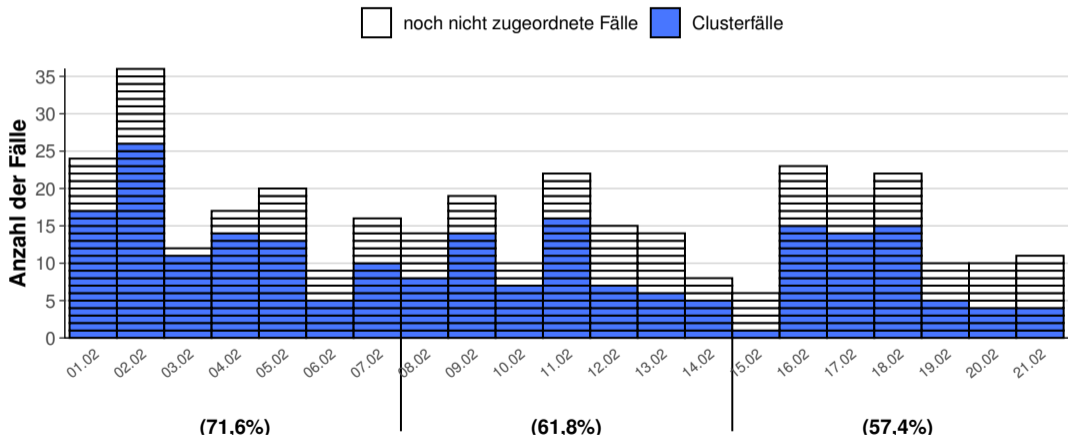
Tabelle 19: Verteilung der Infektionsfälle (KW 04 - KW 07 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 04								KW 05								KW 06								KW 07							
	klinische Manifestation								klinische Manifestation								klinische Manifestation								klinische Manifestation							
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total				
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%					
<6	14	50,0	9	32,1	5	17,9	28	5	50,0	1	10,0	4	40,0	10	2	25,0	5	62,5	1	12,5	8	3	18,8	8	50,0	5	31,2	16				
6-9	9	34,6	14	53,8	3	11,5	26	7	46,7	4	26,7	4	26,7	15	2	9,5	11	52,4	8	38,1	21	7	18,9	19	51,4	11	29,7	37				
10-14	11	35,5	13	41,9	7	22,6	31	12	32,4	11	29,7	14	37,8	37	12	35,3	13	38,2	9	26,5	34	12	29,3	16	39,0	13	31,7	41				
15-19	47	63,5	18	24,3	9	12,2	74	31	47,7	12	18,5	22	33,8	65	22	39,3	11	19,6	23	41,1	56	16	28,6	13	23,2	27	48,2	56				
20-24	73	74,5	14	14,3	11	11,2	98	31	49,2	10	15,9	22	34,9	63	29	49,2	9	15,3	21	35,6	59	24	42,1	7	12,3	26	45,6	57				
Total	154	59,9	68	26,5	35	13,6	257	86	45,3	38	20,0	66	34,7	190	67	37,6	49	27,5	62	34,8	178	62	30,0	63	30,4	82	39,6	207				

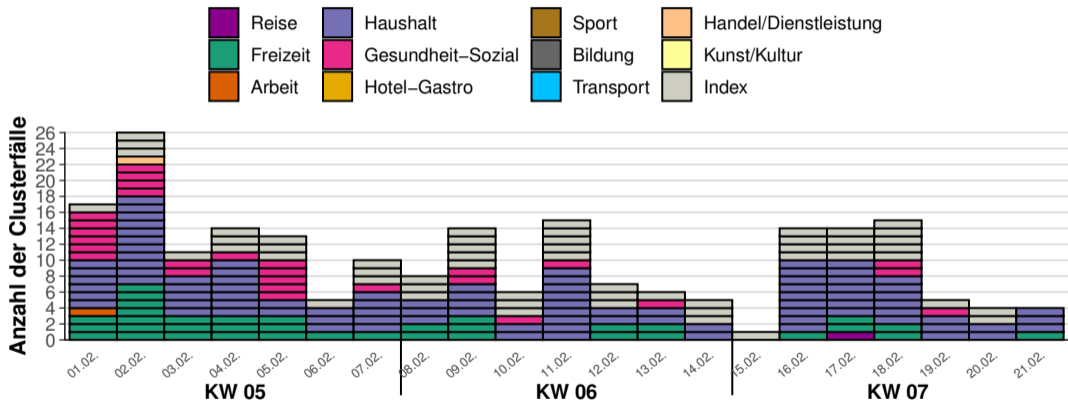
Salzburg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Zeitlicher Verlauf bis 24.02.2021

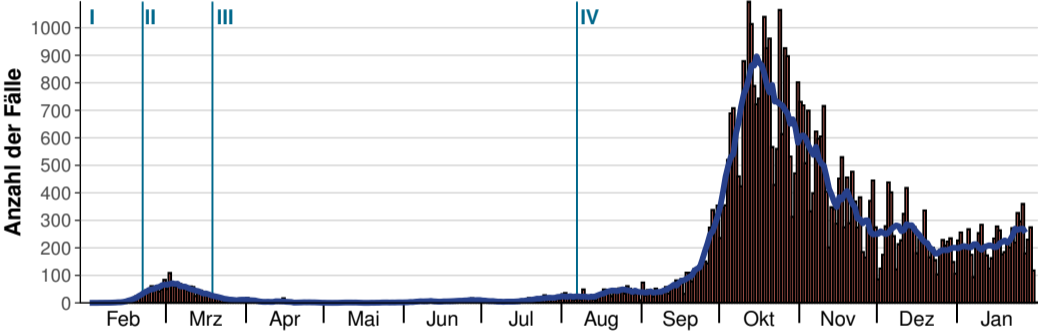


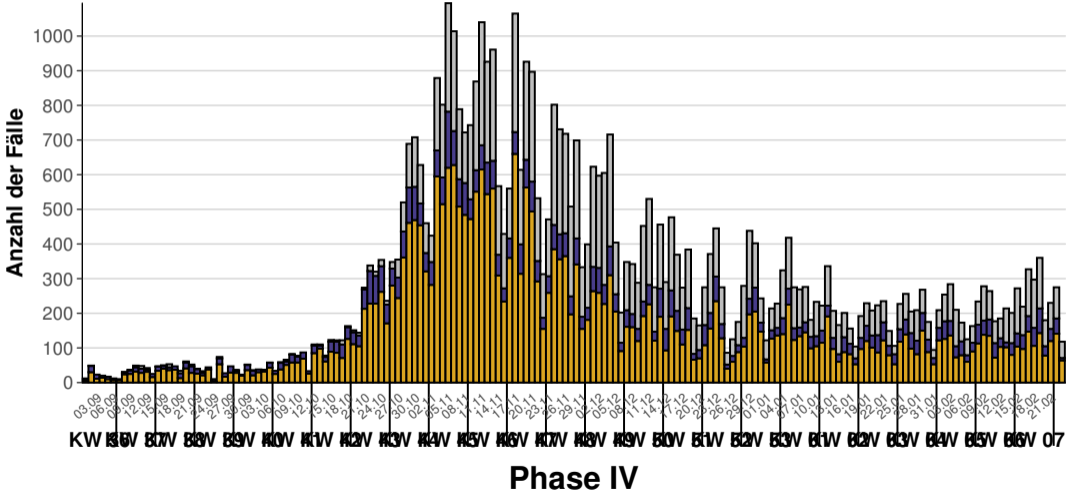
Abbildung 21: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Steiermark: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

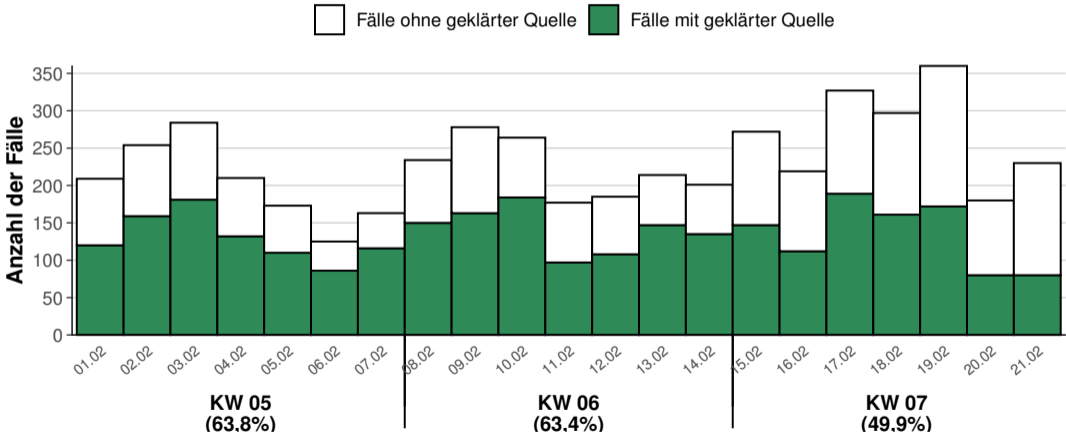
	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Steiermark (N)	1.392	1.342	1.434	1.418	1.553	1.885
Anteil asymptomatisch	15,1%	20,0%	18,7%	17,3%	16,5%	16,3%
Fälle asymptomatisch (n)	210	269	268	245	257	308
Fälle ungeklärt ² (n)	617	535	550	514	569	944
Indexfälle ³ (n)	239	249	288	266	264	174
Anteil geklärt	55,7%	60,1%	61,6%	63,8%	63,4%	49,9%
Fälle geklärt ⁴ (n)	775	807	884	904	984	941
Clusterfälle ⁵ (n)	952	953	1.092	1.134	1.214	1.081
sporadisch importierte Fälle (n)	14	13	8	7	9	3
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	713	701	802	866	946	907
Haushalt	49,9%	53,4%	62,6%	62,1%	60,5%	65,4%
Freizeit	15,4%	9,4%	12,3%	12,8%	15,4%	12,6%
Gesundheit-Sozial	29,2%	24,5%	16,2%	13,3%	8,6%	4,7%
Arbeit	2,2%	5,3%	6,0%	7,6%	12,6%	13,9%
Hotel-Gastro	0,0%	0,3%	0,4%	0,0%	0,0%	0,1%
Bildung	0,1%	5,4%	1,2%	2,4%	1,3%	2,2%
Transport	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,3%
Reise	2,1%	0,7%	0,7%	0,7%	0,1%	0,2%
Haushalt (n)	356	374	502	538	572	593
Bildung (n)	1	38	10	21	12	20
Gesundheit-Sozial (n)	208	172	130	115	81	43
Reise (n)	15	5	6	6	1	2

Steiermark: Phase IV 01.09.2020 – 24.02.2021

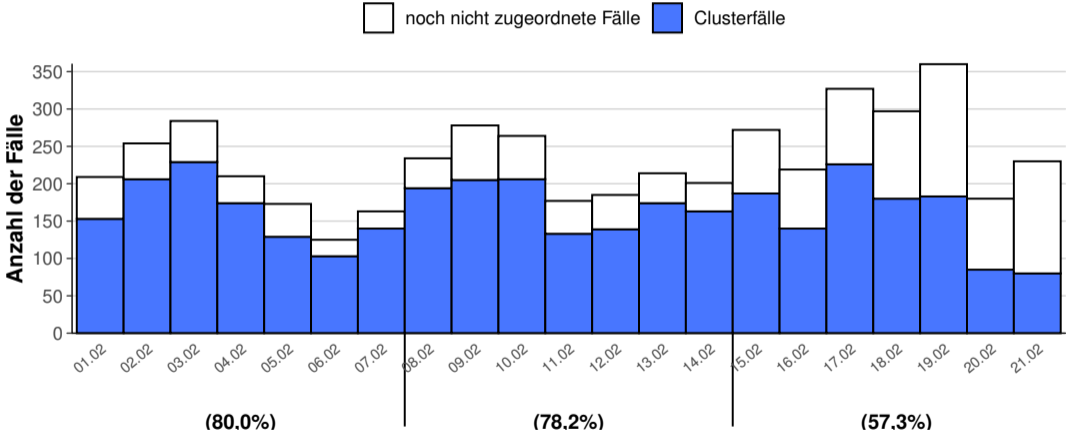
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



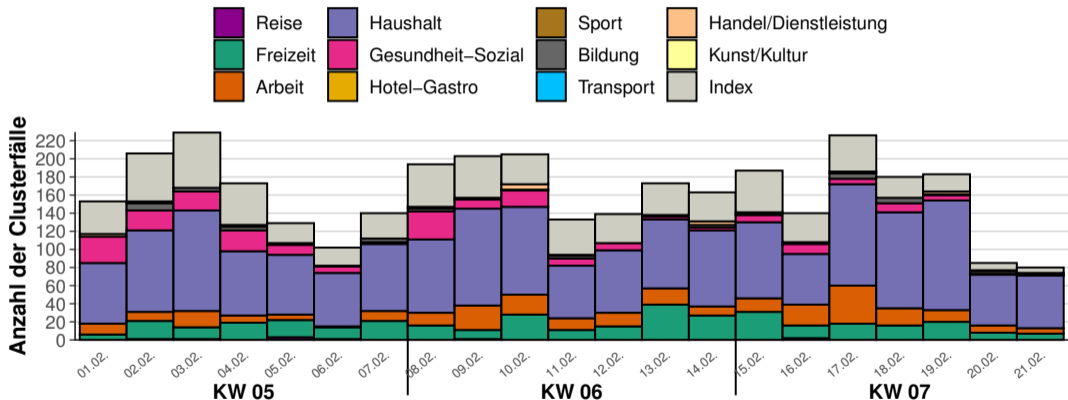
Steiermark: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Epidemiologische Parameter I

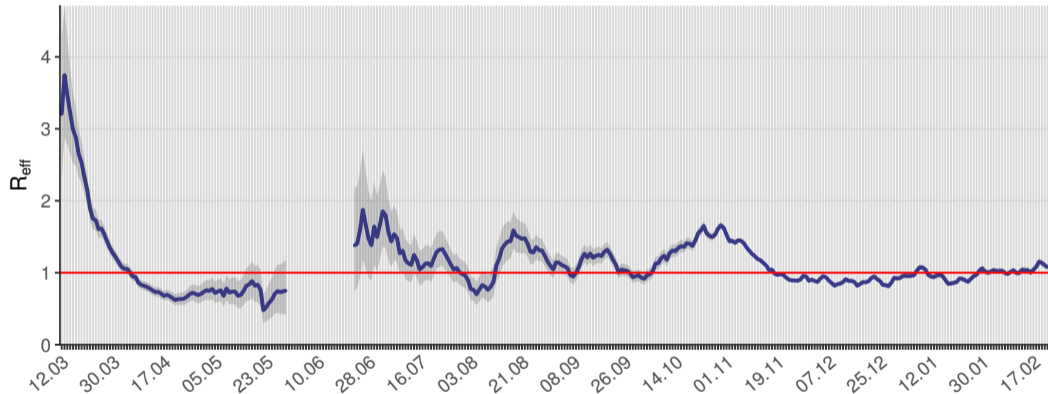


Abbildung 22: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 23.02. und 24.02. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Steiermark)

Steiermark: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 20: Schätzwerte des R_{eff} vom 13.02. bis zum 22.02.. (Steiermark)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
13.02	1,04	(1,00 - 1,08)
14.02	1,03	(1,00 - 1,07)
15.02	1,04	(1,00 - 1,07)
16.02	1,00	(0,97 - 1,04)
17.02	1,04	(1,00 - 1,08)
18.02	1,08	(1,04 - 1,12)
19.02	1,15	(1,11 - 1,19)
20.02	1,14	(1,10 - 1,18)
21.02	1,10	(1,07 - 1,14)
22.02	1,07	(1,04 - 1,11)

Steiermark: Altersverteilung II

Tabelle 21: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

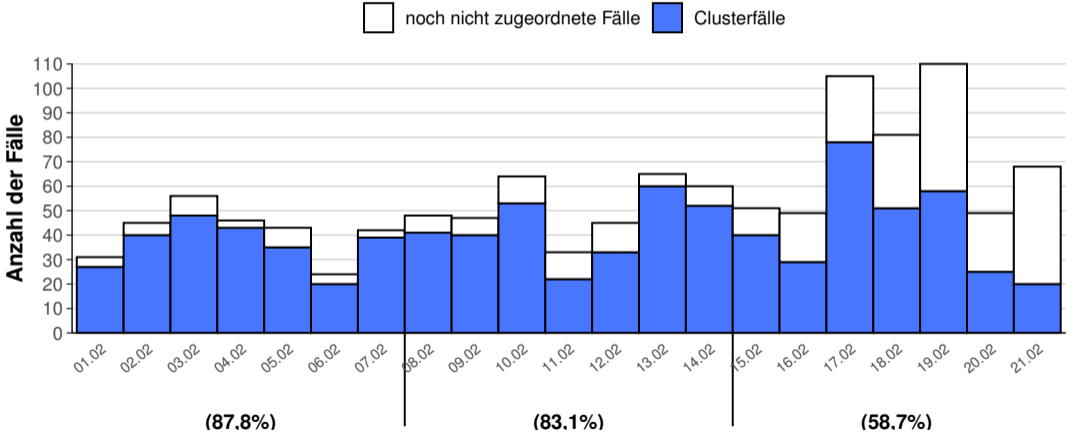
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 53	1.926	22.0	49.0	81.0
KW 01	1.976	21.0	47.3	80.0
KW 02	1.392	20.1	49.0	81.9
KW 03	1.342	19.0	46.7	80.0
KW 04	1.434	18.0	46.0	79.0
KW 05	1.418	14.0	45.2	78.0
KW 06	1.553	15.0	42.6	74.0
KW 07	1.885	12.0	39.8	68.0

Steiermark: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 06, KW 07)

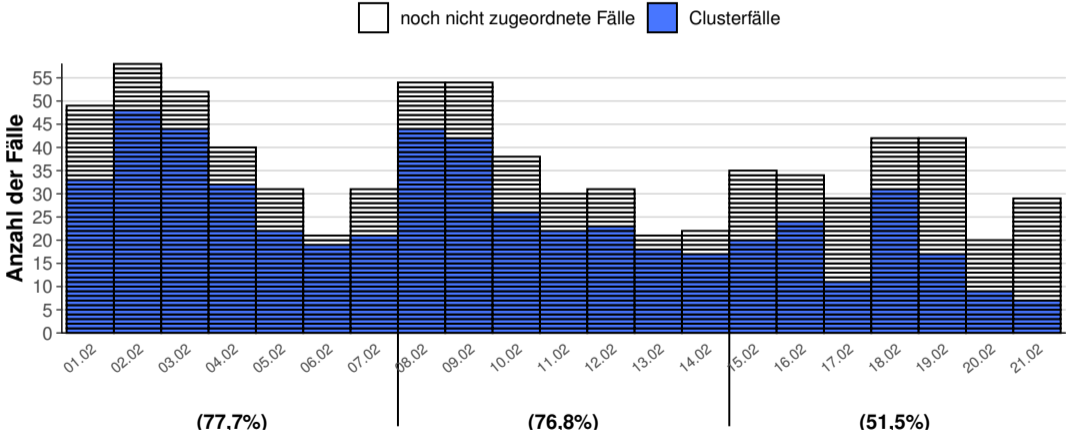
Tabelle 22: Verteilung der Infektionsfälle (KW 04 - KW 07 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 04							KW 05							KW 06							KW 07						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	9	31,0	11	37,9	9	31,0	29	11	30,6	17	47,2	8	22,2	36	12	30,0	15	37,5	13	32,5	40	22	29,3	13	17,3	40	53,3	75
6-9	6	17,1	19	54,3	10	28,6	35	22	40,0	17	30,9	16	29,1	55	15	27,3	23	41,8	17	30,9	55	10	14,9	23	34,3	34	50,7	67
10-14	19	43,2	15	34,1	10	22,7	44	23	41,8	20	36,4	12	21,8	55	19	35,2	12	22,2	23	42,6	54	21	23,6	24	27,0	44	49,4	89
15-19	35	61,4	8	14,0	14	24,6	57	32	46,4	11	15,9	26	37,7	69	46	47,4	19	19,6	32	33,0	97	68	48,9	23	16,5	48	34,5	139
20-24	51	58,0	16	18,2	21	23,9	88	41	56,9	5	6,9	26	36,1	72	52	44,8	17	14,7	47	40,5	116	66	46,2	16	11,2	61	42,7	143
Total	120	47,4	69	27,3	64	25,3	253	129	44,9	70	24,4	88	30,7	287	144	39,8	86	23,8	132	36,5	362	187	36,5	99	19,3	227	44,2	513

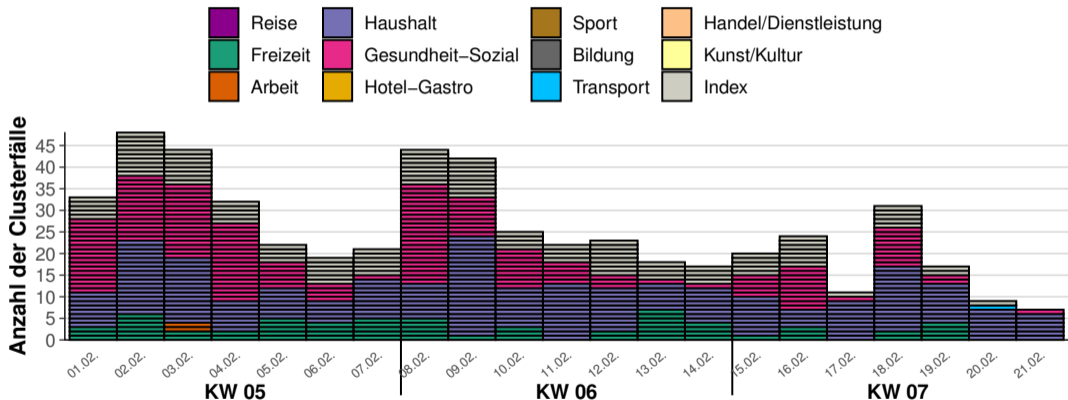
Steiermark: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Zeitlicher Verlauf bis 24.02.2021

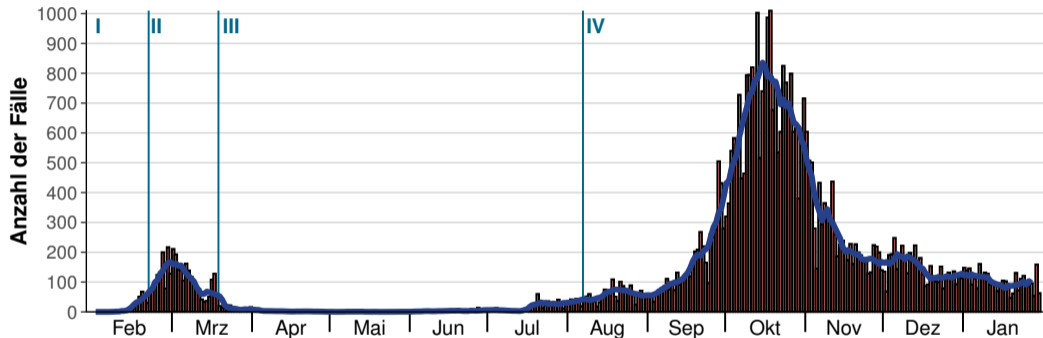


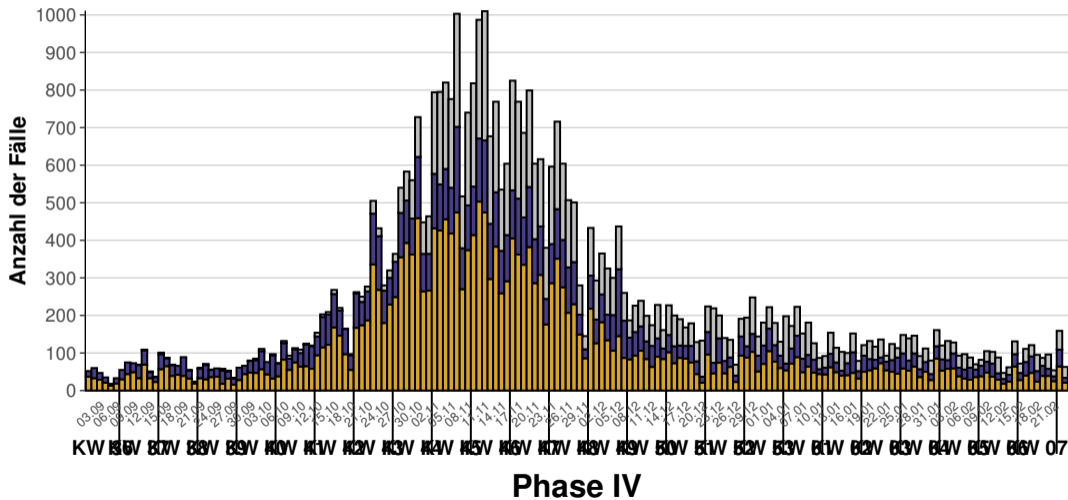
Abbildung 24: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Tirol: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

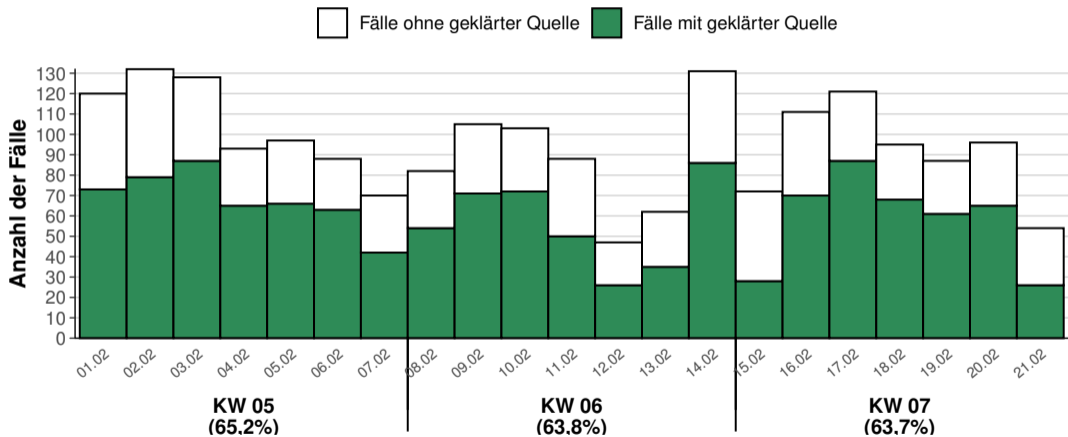
	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Tirol (N)	794	836	878	728	618	636
Anteil asymptomatisch	25,2%	24,9%	22,6%	26,4%	28,0%	29,2%
Fälle asymptomatisch (n)	200	208	198	192	173	186
Fälle ungeklärt ² (n)	286	317	330	253	224	231
Indexfälle ³ (n)	146	166	183	125	118	103
Anteil geklärt	64,0%	62,1%	62,4%	65,2%	63,8%	63,7%
Fälle geklärt ⁴ (n)	508	519	548	475	394	405
Clusterfälle ⁵ (n)	558	616	662	534	473	440
sporadisch importierte Fälle (n)	8	9	5	9	3	7
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	412	450	476	407	355	335
Haushalt	61,7%	61,1%	60,7%	65,1%	61,4%	65,1%
Freizeit	24,3%	22,2%	22,1%	20,6%	20,3%	22,1%
Gesundheit-Sozial	10,7%	11,3%	11,3%	11,8%	3,4%	1,5%
Arbeit	2,2%	2,7%	2,9%	1,2%	12,1%	6,9%
Hotel-Gastro	0,0%	0,4%	0,2%	0,0%	0,3%	0,3%
Bildung	0,2%	1,1%	1,1%	1,2%	0,8%	3,6%
Transport	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	1,0%	0,4%	1,1%	0,0%	1,7%	0,3%
Haushalt (n)	254	275	289	265	218	218
Bildung (n)	1	5	5	5	3	12
Gesundheit-Sozial (n)	44	51	54	48	12	5
Reise (n)	4	2	5	0	6	1

Tirol: Phase IV 01.09.2020 – 24.02.2021

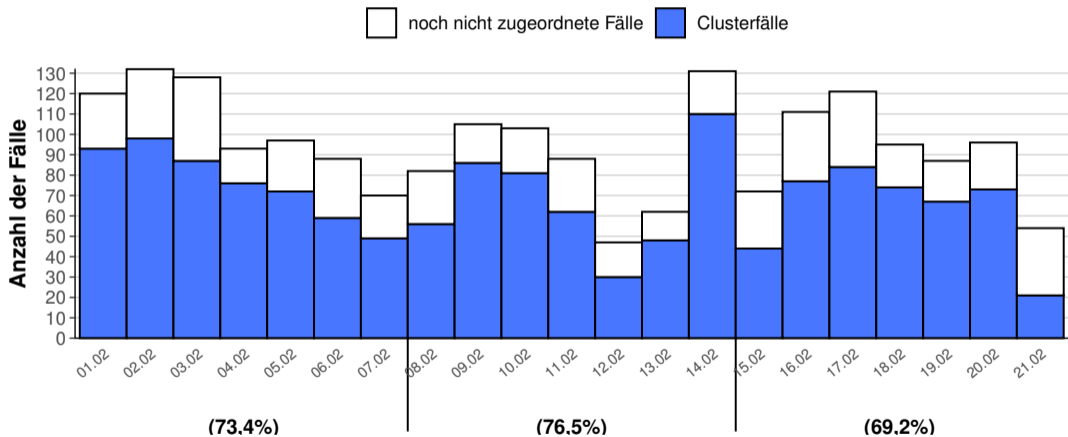
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



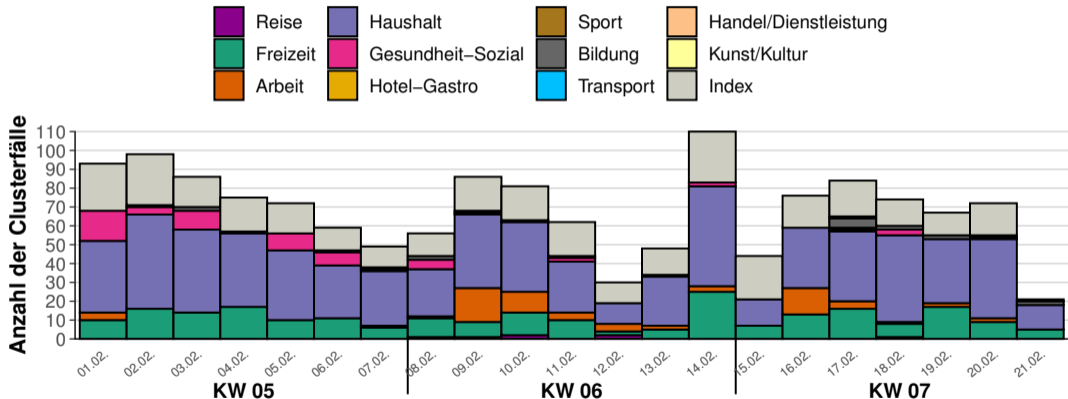
Tirol: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Epidemiologische Parameter I

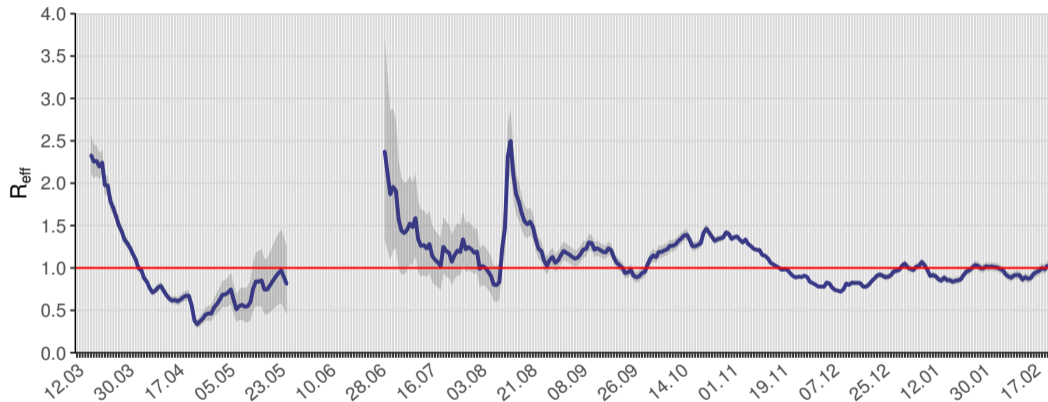


Abbildung 25: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 23.02. und 24.02. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Tirol)

Tirol: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 23: Schätzwerte des R_{eff} vom 13.02. bis zum 22.02.. (Tirol)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
13.02	0,86	(0,81 - 0,91)
14.02	0,89	(0,84 - 0,94)
15.02	0,87	(0,82 - 0,92)
16.02	0,88	(0,83 - 0,93)
17.02	0,93	(0,88 - 0,98)
18.02	0,95	(0,90 - 1,01)
19.02	0,97	(0,91 - 1,02)
20.02	1,00	(0,94 - 1,06)
21.02	0,98	(0,93 - 1,04)
22.02	1,03	(0,98 - 1,09)

Tirol: Altersverteilung II

Tabelle 24: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

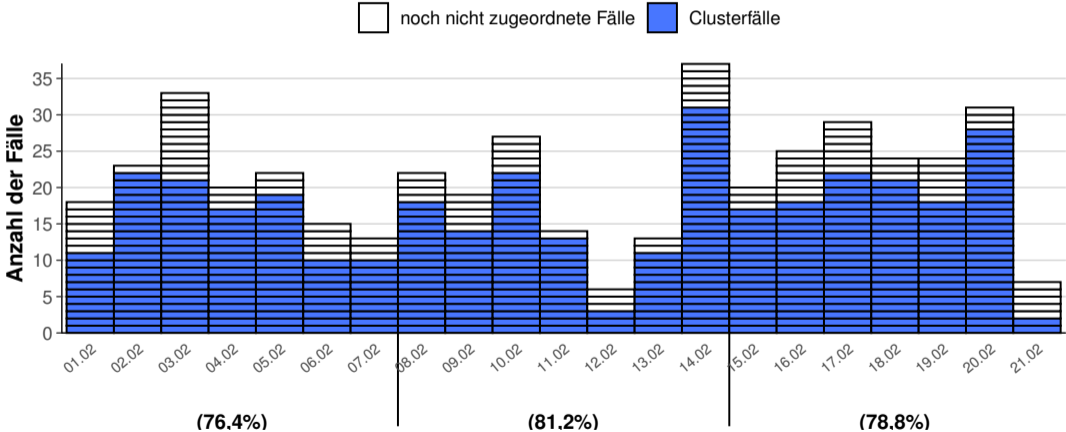
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 53	1.299	18	44.9	77
KW 01	1.139	16	42.6	71
KW 02	794	19	44.8	76
KW 03	836	18	44.3	72
KW 04	878	16	42.5	72
KW 05	728	18	42.6	70
KW 06	618	16	42.3	70
KW 07	636	13	40.3	69

Tirol: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 06, KW 07)

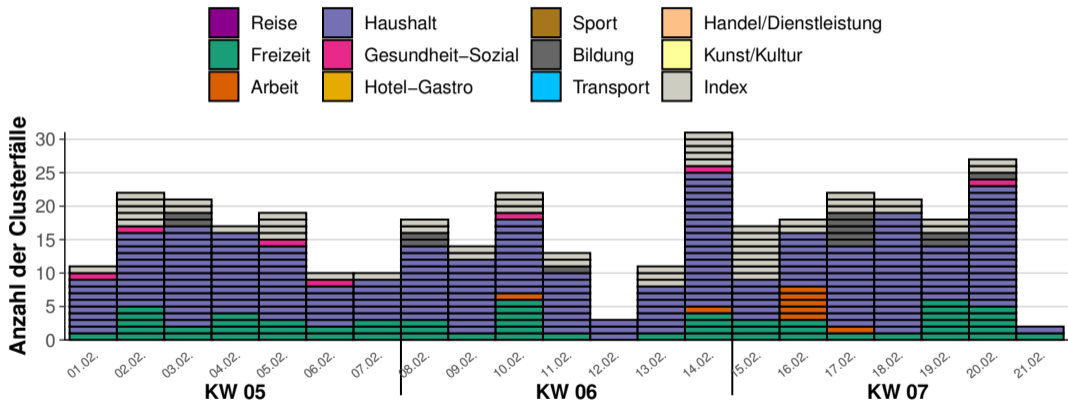
Tabelle 25: Verteilung der Infektionsfälle (KW 04 - KW 07 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 04							KW 05							KW 06							KW 07							
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<6	10	43,5	6	26,1	7	30,4	23	5	33,3	4	26,7	6	40,0	15	2	18,2	4	36,4	5	45,5	11	6	28,6	7	33,3	8	38,1	21	
6-9	6	27,3	9	40,9	7	31,8	22	2	15,4	4	30,8	7	53,8	13	7	43,8	7	43,8	2	12,5	16	5	21,7	12	52,2	6	26,1	23	
10-14	12	37,5	12	37,5	8	25,0	32	10	41,7	7	29,2	7	29,2	24	8	28,6	14	50,0	6	21,4	28	9	30,0	13	43,3	8	26,7	30	
15-19	23	48,9	9	19,1	15	31,9	47	13	35,1	9	24,3	15	40,5	37	11	36,7	6	20,0	13	43,3	30	11	31,4	7	20,0	17	48,6	35	
20-24	36	45,6	12	15,2	31	39,2	79	29	52,7	10	18,2	16	29,1	55	27	50,9	7	13,2	19	35,8	53	14	27,5	16	31,4	21	41,2	51	
Total	87	42,9	48	23,6	68	33,5	203	59	41,0	34	23,6	51	35,4	144	55	39,9	38	27,5	45	32,6	138	45	28,1	55	34,4	60	37,5	160	

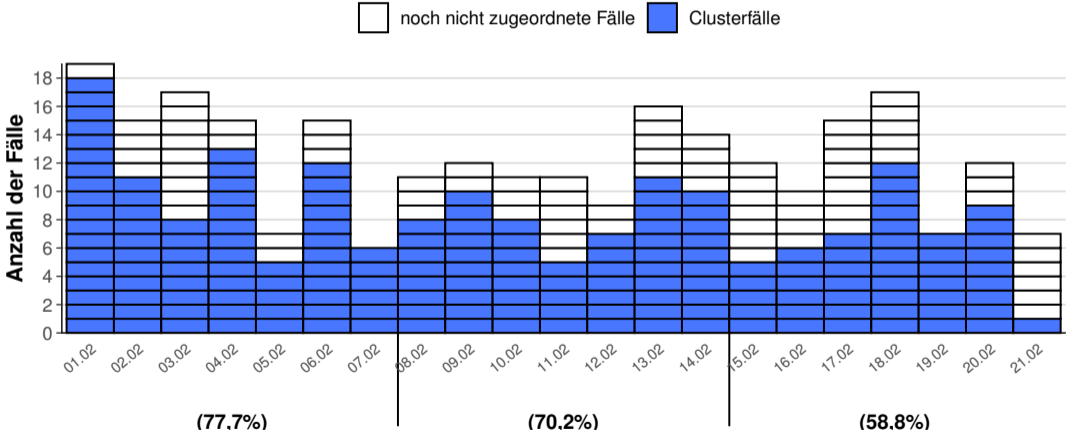
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



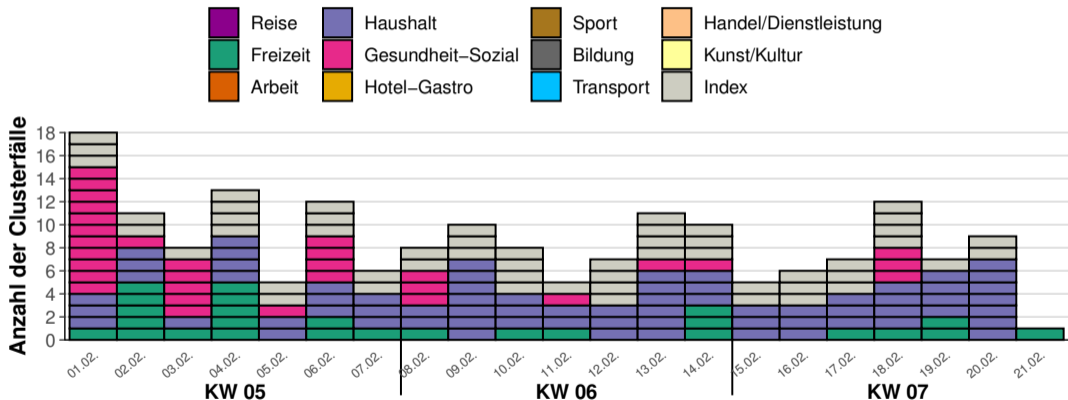
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Zeitlicher Verlauf bis 24.02.2021

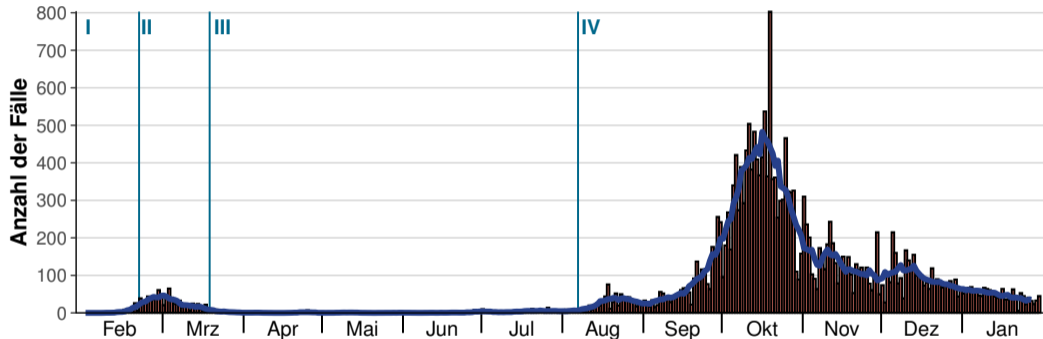


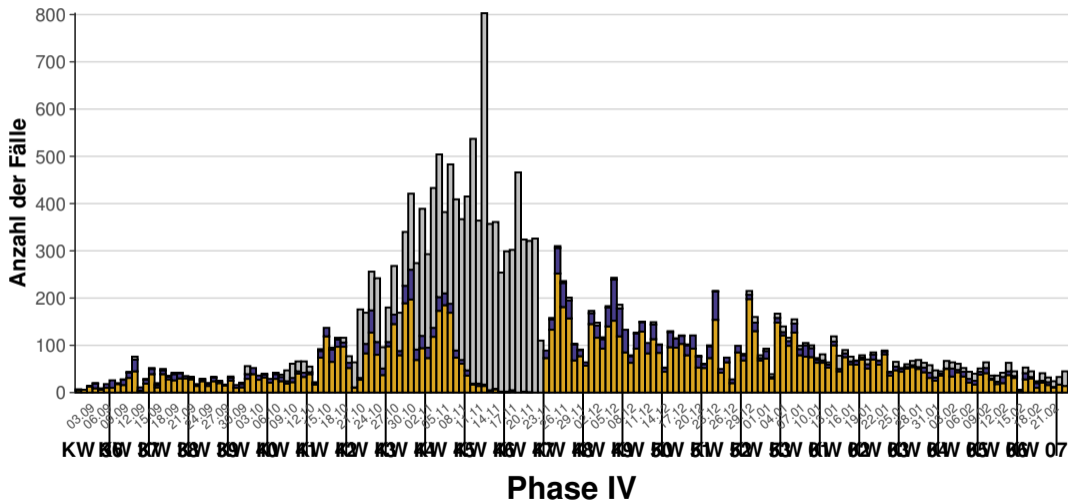
Abbildung 27: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Vorarlberg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

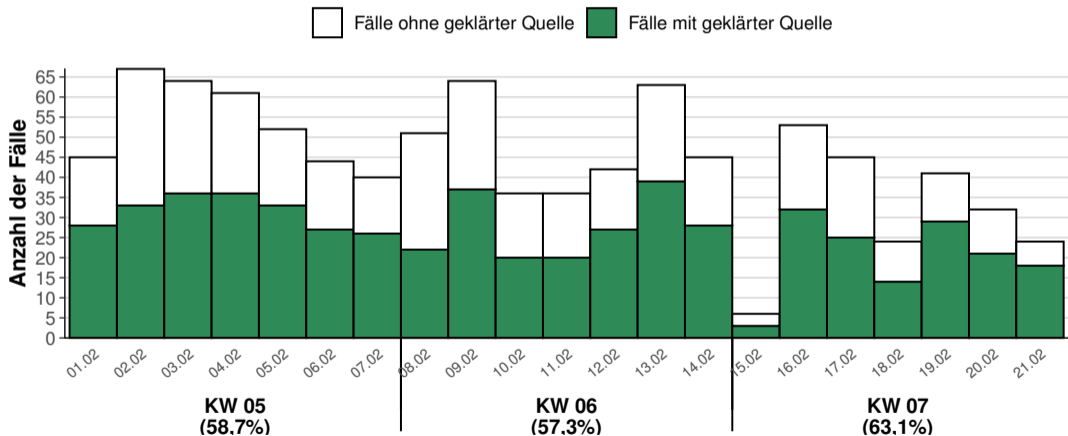
	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Vorarlberg (N)	576	500	416	373	337	225
Anteil asymptomatisch	8,0%	10,4%	10,8%	14,2%	15,4%	16,9%
Fälle asymptomatisch (n)	46	52	45	53	52	38
Fälle ungeklärt ² (n)	264	213	157	154	144	83
Indexfälle ³ (n)	120	95	80	71	56	22
Anteil geklärt	54,2%	57,4%	62,3%	58,7%	57,3%	63,1%
Fälle geklärt ⁴ (n)	312	287	259	219	193	142
Clusterfälle ⁵ (n)	407	358	319	279	238	147
sporadisch importierte Fälle (n)	8	10	2	2	6	6
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	287	262	239	208	182	125
Haushalt	73,5%	71,8%	65,3%	60,1%	64,3%	68,0%
Freizeit	13,2%	14,1%	15,5%	16,8%	17,0%	16,0%
Gesundheit-Sozial	3,5%	8,4%	5,4%	5,8%	6,0%	7,2%
Arbeit	7,3%	1,5%	8,4%	11,5%	8,2%	5,6%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	0,0%	0,4%	0,4%	1,4%	1,6%	1,6%
Transport	0,0%	0,0%	0,4%	1,9%	2,2%	0,8%
Reise	2,1%	1,9%	2,1%	0,5%	0,5%	0,8%
Haushalt (n)	211	188	156	125	117	85
Bildung (n)	0	1	1	3	3	2
Gesundheit-Sozial (n)	10	22	13	12	11	9
Reise (n)	6	5	5	1	1	1

Vorarlberg: Phase IV 01.09.2020 – 24.02.2021

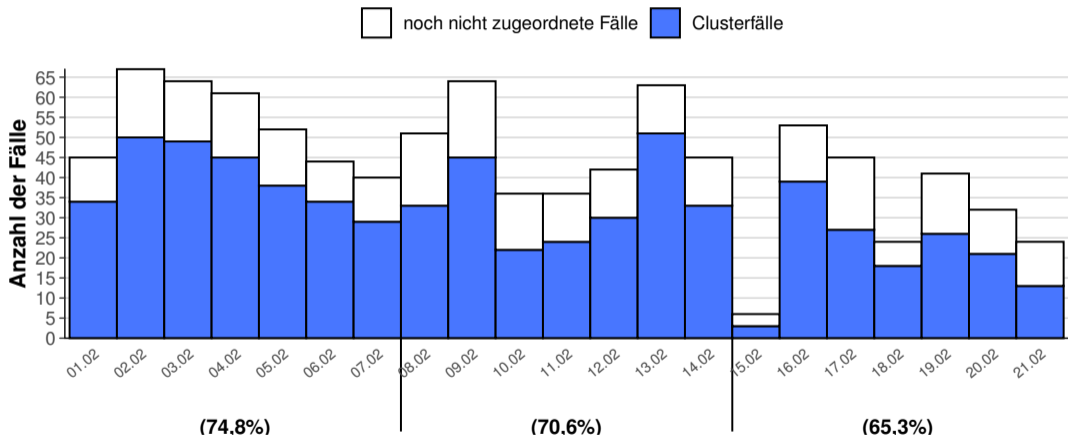
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



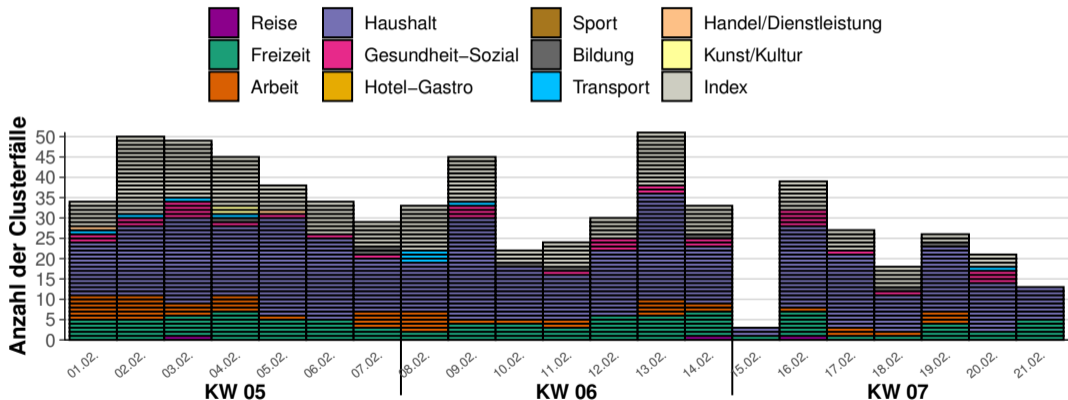
Vorarlberg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Epidemiologische Parameter I

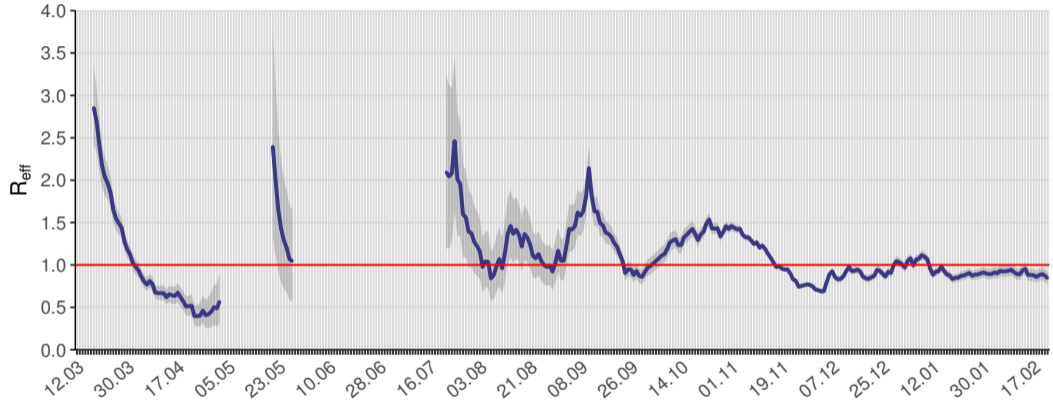


Abbildung 28: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 23.02. und 24.02. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Vorarlberg)

Vorarlberg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 26: Schätzwerte des R_{eff} vom 13.02. bis zum 22.02.. (Vorarlberg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
13.02	0,93	(0,86 - 1,01)
14.02	0,95	(0,88 - 1,03)
15.02	0,88	(0,81 - 0,95)
16.02	0,88	(0,81 - 0,95)
17.02	0,88	(0,81 - 0,95)
18.02	0,86	(0,79 - 0,93)
19.02	0,88	(0,81 - 0,95)
20.02	0,89	(0,82 - 0,97)
21.02	0,87	(0,80 - 0,95)
22.02	0,84	(0,77 - 0,92)

Vorarlberg: Altersverteilung II

Tabelle 27: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

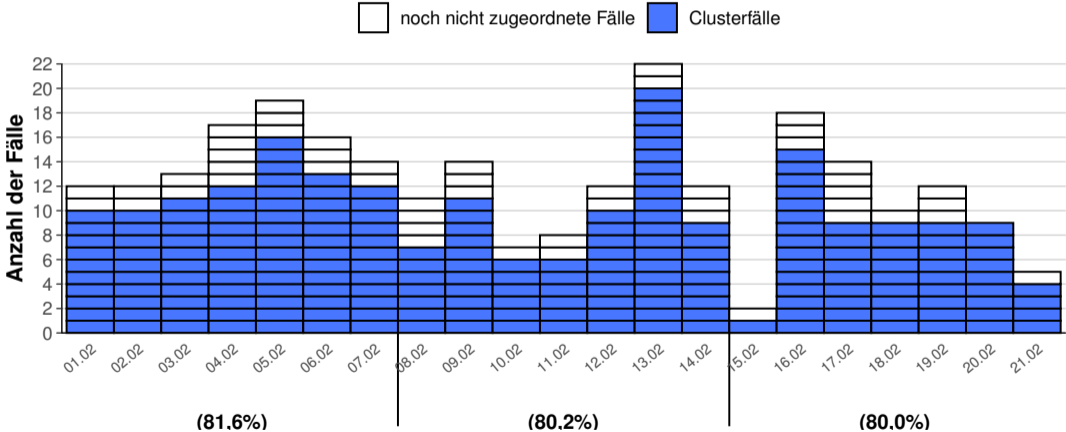
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 53	835	18	44.9	73.0
KW 01	788	18	41.8	67.0
KW 02	576	18	43.2	70.5
KW 03	500	16	43.2	70.0
KW 04	416	16	41.6	69.0
KW 05	373	16	38.9	63.0
KW 06	337	12	42.1	69.0
KW 07	225	9	38.4	67.6

Vorarlberg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 06, KW 07)

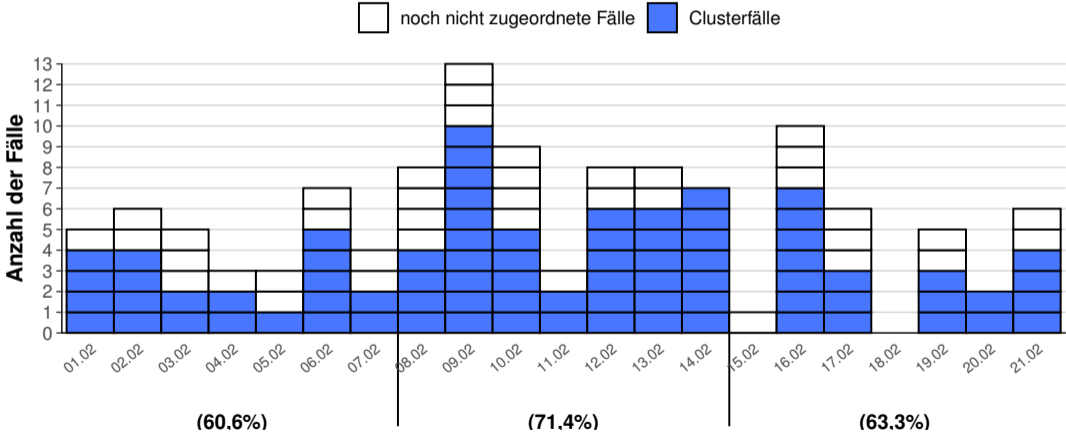
Tabelle 28: Verteilung der Infektionsfälle (KW 04 - KW 07 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 04							KW 05							KW 06							KW 07						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	8	72,7	3	27,3	0	0,0	11	5	71,4	0	0,0	2	28,6	7	8	80,0	2	20,0	0	0,0	10	5	62,5	0	0,0	3	37,5	8
6-9	7	53,8	2	15,4	4	30,8	13	7	50,0	3	21,4	4	28,6	14	5	45,5	2	18,2	4	36,4	11	7	41,2	6	35,3	4	23,5	17
10-14	11	84,6	0	0,0	2	15,4	13	6	54,5	2	18,2	3	27,3	11	16	84,2	0	0,0	3	15,8	19	10	71,4	4	28,6	0	0,0	14
15-19	26	86,7	1	3,3	3	10,0	30	17	63,0	3	11,1	7	25,9	27	13	54,2	5	20,8	6	25,0	24	9	75,0	2	16,7	1	8,3	12
20-24	19	63,3	1	3,3	10	33,3	30	30	68,2	7	15,9	7	15,9	44	15	68,2	4	18,2	3	13,6	22	10	52,6	2	10,5	7	36,8	19
Total	71	73,2	7	7,2	19	19,6	97	65	63,1	15	14,6	23	22,3	103	57	66,3	13	15,1	16	18,6	86	41	58,6	14	20,0	15	21,4	70

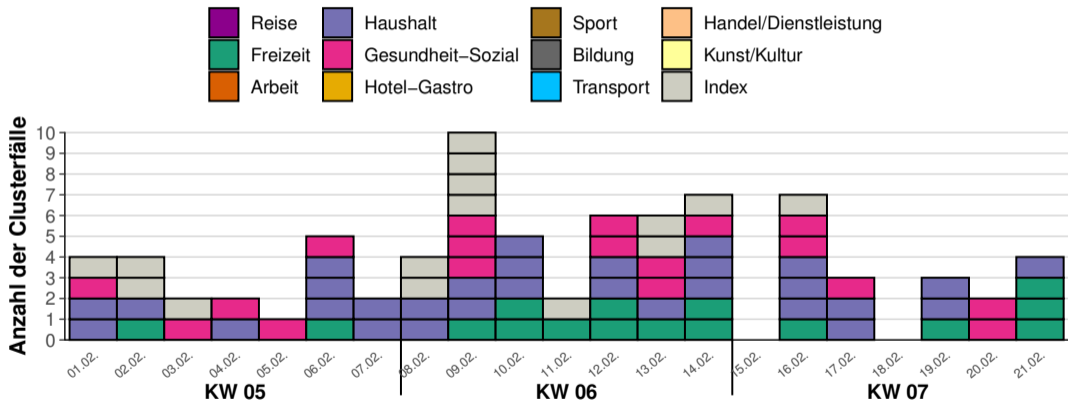
Vorarlberg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Wien: Zeitlicher Verlauf bis 24.02.2021

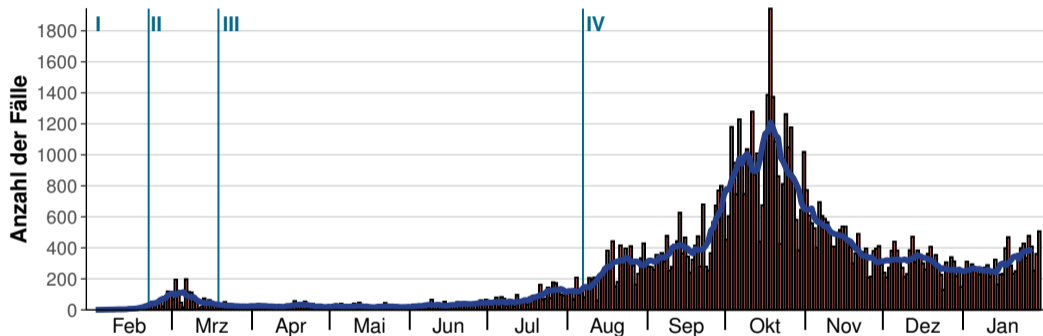


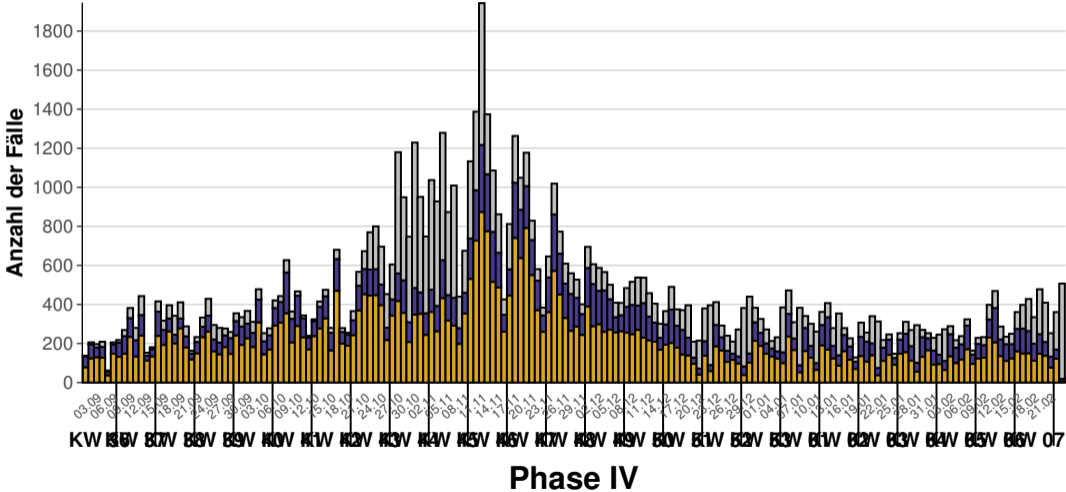
Abbildung 30: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Wien: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Wien (N)	2.037	1.829	1.879	1.751	2.101	2.662
Anteil asymptomatisch	28,2%	26,2%	27,7%	30,4%	31,0%	25,2%
Fälle asymptomatisch (n)	575	479	521	533	651	671
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	2.161	1.088	1.147	1.140	1.363	1.428
Haushalt	60,1%	61,3%	61,0%	68,5%	74,1%	72,0%
Gesundheit-Sozial	33,0%	28,2%	27,7%	14,5%	8,3%	6,3%
Arbeit	2,9%	4,1%	4,8%	7,7%	7,4%	5,1%
Bildung	0,6%	1,8%	1,8%	3,4%	3,5%	9,4%
Freizeit	2,7%	4,6%	4,7%	5,0%	5,7%	6,5%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,5%	0,3%
Reise	0,6%	0,0%	0,0%	0,3%	0,5%	0,5%

Wien: Phase IV 01.09.2020 – 24.02.2021

Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Wien: Epidemiologische Parameter I

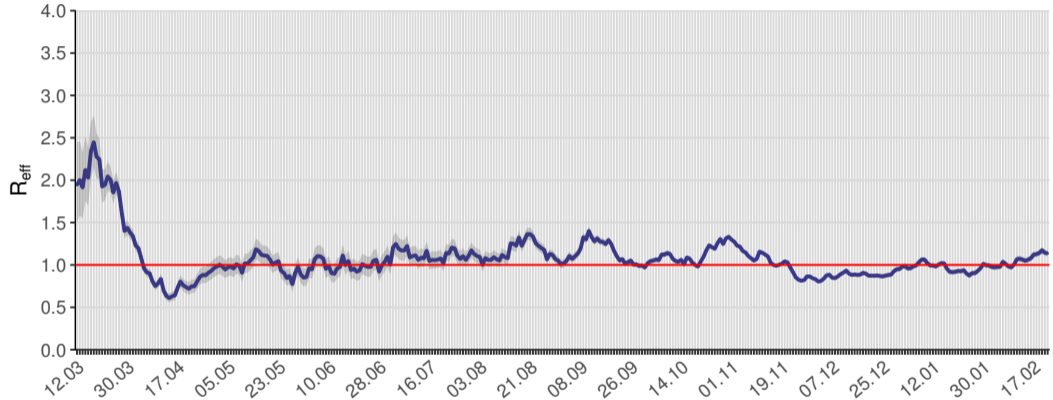


Abbildung 31: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 23.02. und 24.02. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Wien)

Wien: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 29: Schätzwerte des R_{eff} vom 13.02. bis zum 22.02.. (Wien)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
13.02	1,06	(1,03 - 1,10)
14.02	1,05	(1,02 - 1,08)
15.02	1,06	(1,03 - 1,10)
16.02	1,08	(1,04 - 1,11)
17.02	1,12	(1,09 - 1,16)
18.02	1,13	(1,09 - 1,16)
19.02	1,14	(1,11 - 1,18)
20.02	1,17	(1,14 - 1,21)
21.02	1,14	(1,11 - 1,18)
22.02	1,14	(1,10 - 1,17)

Wien: Altersverteilung II

Tabelle 30: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 53	2.248	19	46.0	81
KW 01	2.452	21	48.1	83
KW 02	2.037	19	47.3	83
KW 03	1.829	18	46.6	82
KW 04	1.879	16	43.8	79
KW 05	1.751	17	42.2	74
KW 06	2.101	12	39.0	67
KW 07	2.662	10	37.6	67

Wien: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 06, KW 07)

Tabelle 31: Verteilung der Infektionsfälle (KW 04 - KW 07 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 04								KW 05								KW 06								KW 07							
	klinische Manifestation								klinische Manifestation								klinische Manifestation								klinische Manifestation							
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total				
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%					
<6	21	42,0	18	36,0	11	22,0	50	20	41,7	15	31,2	13	27,1	48	25	45,5	27	49,1	3	5,5	55	53	41,1	38	29,5	38	29,5	129				
6-9	11	24,4	25	55,6	9	20,0	45	13	37,1	17	48,6	5	14,3	35	38	40,9	41	44,1	14	15,1	93	42	31,8	43	32,6	47	35,6	132				
10-14	29	40,3	25	34,7	18	25,0	72	19	32,2	21	35,6	19	32,2	59	55	43,3	52	40,9	20	15,7	127	37	25,7	44	30,6	63	43,8	144				
15-19	49	51,0	25	26,0	22	22,9	96	37	40,2	23	25,0	32	34,8	92	78	53,8	47	32,4	20	13,8	145	54	30,3	41	23,0	83	46,6	178				
20-24	62	47,0	38	28,8	32	24,2	132	69	45,1	38	24,8	46	30,1	153	82	53,6	39	25,5	32	20,9	153	65	31,7	48	23,4	92	44,9	205				
Total	172	43,5	131	33,2	92	23,3	395	158	40,8	114	29,5	115	29,7	387	278	48,5	206	36,0	89	15,5	573	251	31,9	214	27,2	323	41,0	788				

Covid-19, Österreich

AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance

03.03.2021 09:00 (auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 03.03.2021 07:00)

Österreich: 7-Tages-Inzidenz letzten 2 Wochen

Tabelle 1: 7-Tages Inzidenzen von SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose.

<i>Bundesland</i>	Mittwoch – Dienstag		Dienstag – Montag	
	<i>17.02.-23.02.</i>	<i>24.02.-02.03.</i>	<i>16.02.-22.02.</i>	<i>23.02.-01.03.</i>
Burgenland	167.78	189.51	165.06	178.65
Kärnten	149.83	184.93	146.27	179.23
Niederösterreich	170.58	208.40	168.80	198.66
Oberösterreich	120.45	132.32	114.94	134.07
Salzburg	148.64	201.29	140.94	201.46
Steiermark	146.34	162.79	149.95	157.09
Tirol	95.69	105.33	93.98	111.40
Vorarlberg	61.44	74.53	63.45	74.28
Wien	149.96	185.02	141.74	188.57
Österreich	140.34	166.96	136.97	165.17

Österreich: Zeitlicher Verlauf bis 03.03.2021

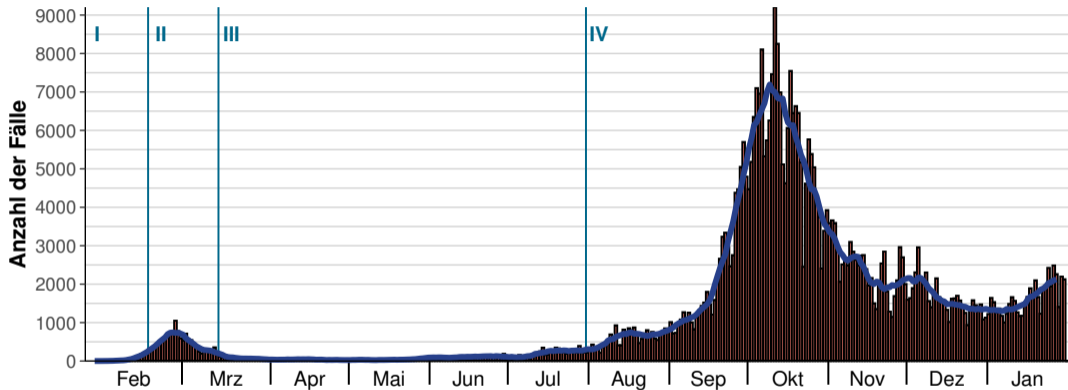


Abbildung 1: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung

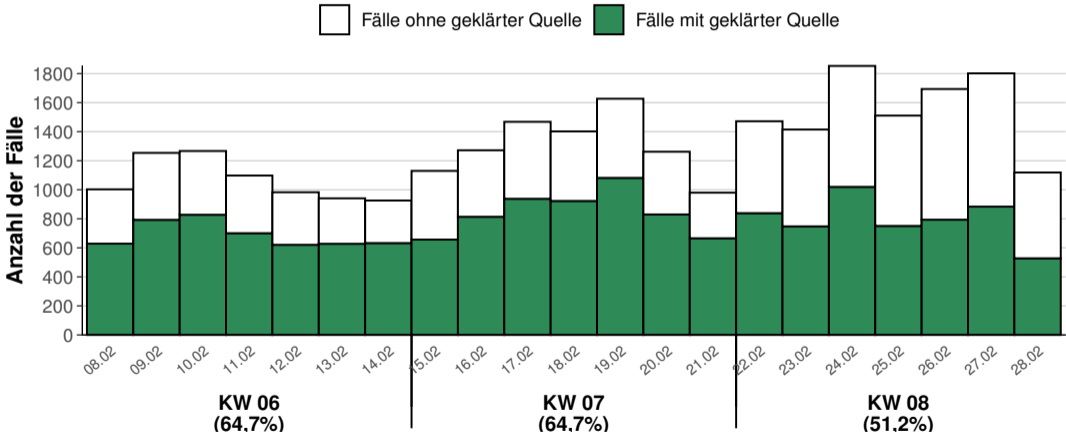
Österreich (exkl. Wien): Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	03	04	05	06	07	08
Fälle ¹ Österreich (N)	10.151	9.556	9.221	9.570	11.790	14.398
Fälle ¹ Österreich exkl. Wien (N)	8.323	7.676	7.473	7.472	9.141	10.866
Anteil asymptomatisch	22,4%	22,9%	26,0%	24,9%	26,6%	27,7%
Fälle asymptomatisch (n)	1.866	1.755	1.940	1.862	2.433	3.010
Fälle ungeklärt ² (n)	3.228	2.871	2.607	2.639	3.231	5.302
Indexfälle ³ (n)	1.589	1.560	1.426	1.518	1.643	1.228
Anteil geklärt	61,2%	62,6%	65,1%	64,7%	64,7%	51,2%
Fälle geklärt ⁴ (n)	5.095	4.805	4.866	4.833	5.910	5.564
Clusterfälle ⁵ (n)	6.108	5.958	5.923	6.073	7.132	6.107
sporadisch importierte Fälle (n)	56	37	44	44	46	41
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	4.507	4.379	4.477	4.541	5.463	4.865
Haushalt	61,7%	62,1%	63,2%	65,8%	65,4%	71,0%
Freizeit	12,9%	15,2%	15,4%	15,7%	15,3%	13,9%
Gesundheit-Sozial	16,3%	12,7%	9,9%	6,2%	4,3%	2,5%
Arbeit	5,0%	6,2%	7,9%	8,9%	8,8%	5,3%
Hotel-Gastro	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%
Bildung	2,3%	2,2%	1,9%	1,4%	4,1%	5,9%
Transport	0,1%	0,3%	0,3%	0,1%	0,2%	0,0%
Reise	0,4%	0,6%	0,4%	0,6%	0,5%	0,4%
Haushalt (n)	2.782	2.719	2.831	2.986	3.575	3.454
Bildung (n)	104	95	87	65	225	287
Gesundheit-Sozial (n)	733	554	445	281	237	120
Reise (n)	20	26	16	25	28	18

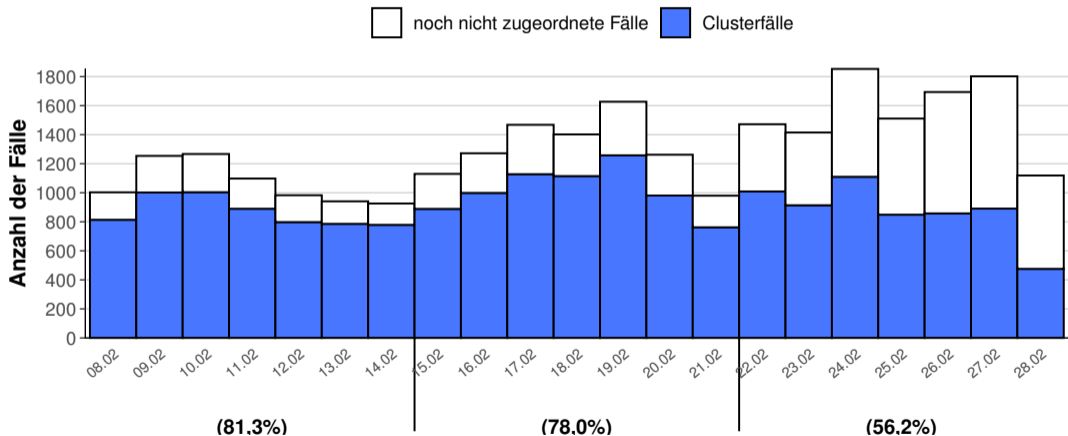
Wien: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	03	04	05	06	07	08
Fälle ¹ Wien (N)	1.828	1.880	1.748	2.098	2.649	3.532
Anteil asymptomatisch	26,3%	28,0%	30,4%	31,6%	28,2%	22,0%
Fälle asymptomatisch (n)	480	526	531	663	748	777
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.088	1.147	1.140	1.363	1.671	1.977
Haushalt	61,3%	61,0%	68,5%	74,1%	70,8%	70,0%
Gesundheit-Sozial	28,2%	27,7%	14,5%	8,3%	6,2%	4,4%
Arbeit	4,1%	4,8%	7,7%	7,4%	5,7%	5,7%
Bildung	1,8%	1,8%	3,4%	3,5%	10,3%	14,6%
Freizeit	4,6%	4,7%	5,0%	5,7%	6,2%	5,3%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,6%	0,5%	0,4%	0,0%
Reise	0,0%	0,0%	0,3%	0,5%	0,4%	0,0%

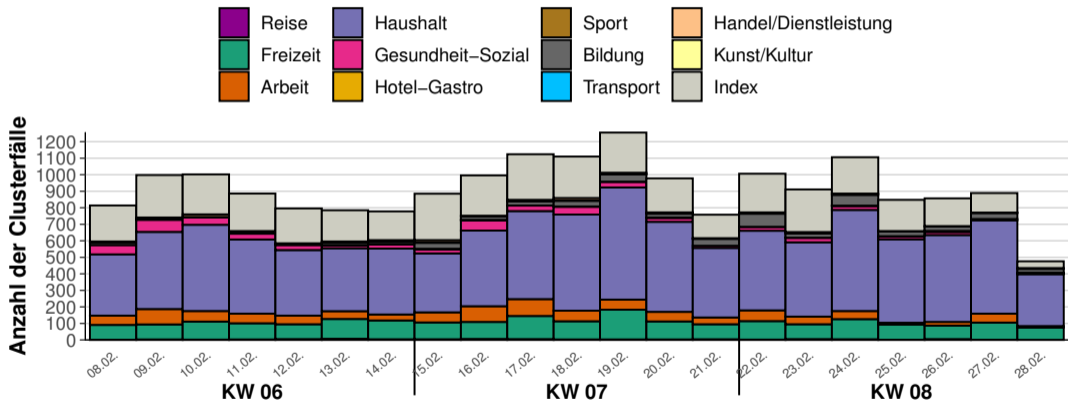
Österreich (exkl. Wien): Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Österreich: Altersverteilung I

Altersgruppen	Kalenderwoche									
	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
85+	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
75-84	0,0	0,8	1,5	2,0	1,2	1,6	1,2	1,5	1,0	0,0
65-74	0,7	0,8	1,1	1,3	1,4	1,5	9,1	7,8	6,6	3,5
55-64	1,4	6,3	30	41	38	50	43	32	38	39
45-54	6,4	15	46	57	61	82	75	58	66	90
35-44	4,1	10	32	32	36	47	40	32	45	93
25-34	4,1	4,2	19	17	18	29	24	19	27	72
15-24	1,1	1,1	5,7	5,4	7,9	7,8	7,3	7,4	15	48
5-14	0,9	2,0	4,0	5,8	4,6	5,4	4,7	4,2	8,8	20
<5	1,4	1,7	2,6	5,1	4,3	3,4	2,2	2,6	5,1	12
	0,7	0,4	3,8	4,5	2,8	3,7	2,8	0,7	1,8	14
	2,3	1,8	3,5	4,6	4,3	3,1	2,2	1,5	1,9	2,2
	1,8	2,4	2,4	2,6	3,5	2,8	1,6	0,8	0,8	0,9
	1,6	3,1	3,2	2,4	3,8	2,9	2,0	1,0	1,8	2,7
	0,7	2,2	2,7	2,5	1,8	1,9	1,4	1,0	2,2	3,1
	1,8	2,8	5,2	3,8	2,4	2,2	2,6	1,2	2,2	2,2
	3,2	3,3	5,8	6,3	5,9	3,1	2,6	1,3	1,1	0,4
	6,9	9,3	10	11	9,8	7,7	4,2	2,3	1,3	4,0
	4,6	4,6	12	9,9	9,2	6,9	4,1	3,4	2,4	4,4
	4,6	8,9	13	13	10	10	6,8	4,3	3,4	5,3
	4,8	7,2	21	14	8,9	9,6	7,0	5,6	6,6	4,4
	5,5	6,0	21	13	9,4	8,8	5,6	4,4	3,2	3,1
	2,3	5,1	21	11	9,4	7,5	6,1	2,9	2,6	2,2
	4,4	6,8	60	29	13	10	6,5	6,2	3,7	4,9
	6,4	12	69	39	21	17	8,6	5,9	2,2	3,5
	8,7	16	54	37	24	19	13	7,4	5,0	8,8
	12	21	58	41	26	25	18	9,1	5,9	3,1
	22	34	101	70	50	39	32	16	14	28
	18	51	136	89	66	53	36	23	19	26
	15	48	96	72	60	58	35	29	26	35
	18	63	113	87	72	66	49	30	28	42
	20	89	138	102	90	92	66	49	50	109
	28	102	173	133	115	128	101	74	76	110
	33	144	310	259	223	232	189	142	146	277
	50	196	516	448	393	428	348	257	265	395
	55	213	696	633	554	629	529	394	375	548
	76	305	662	641	615	655	570	417	442	680
	70	275	502	524	538	576	466	335	418	769
	49	196	398	393	425	427	346	244	326	734
	37	126	273	284	297	331	249	178	289	663
	29	104	224	224	230	256	215	164	239	524
	21	102	176	181	183	184	166	138	184	465
	22	92	158	164	174	183	148	118	150	346
	15	87	194	195	185	197	165	130	176	365
	17	80	201	195	171	187	170	127	168	380
	15	54	155	144	122	149	119	95	134	297
	23	68	145	131	121	137	112	76	101	257
	31	73	124	121	125	124	105	71	106	201
	33	76	125	123	116	124	102	70	87	144
	31	99	141	126	121	126	105	69	71	125
	62	153	171	153	158	145	116	79	83	134
	84	206	213	182	202	173	141	94	90	112

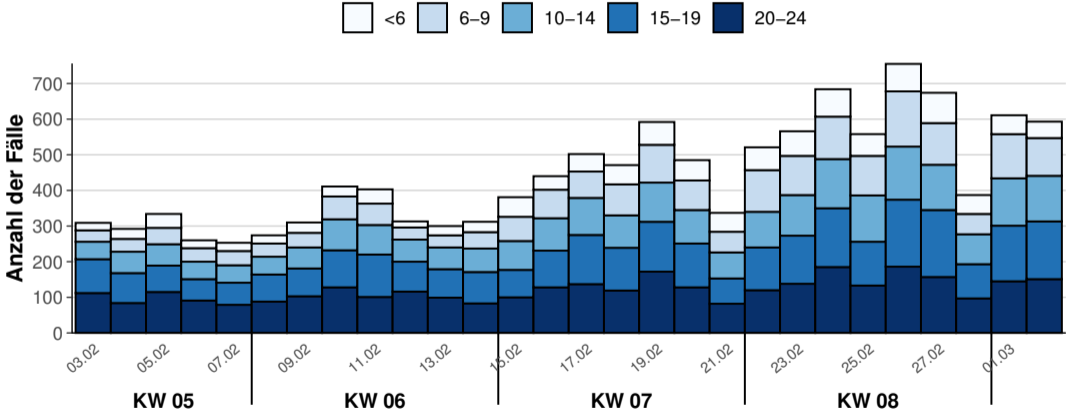
Abbildung 2: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.

Österreich: Altersverteilung II

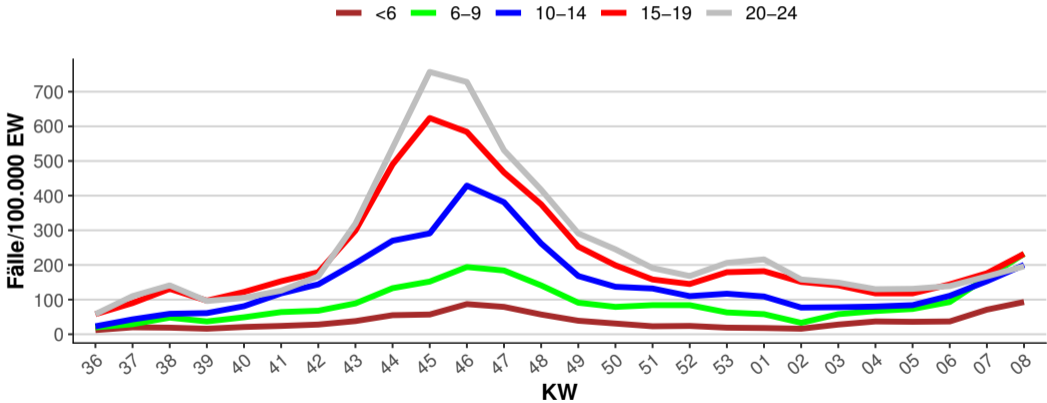
Tabelle 2: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 01	14.635	19	46.4	79
KW 02	10.968	19	46.7	80
KW 03	10.151	18	45.0	78
KW 04	9.556	17	44.5	77
KW 05	9.221	16	43.2	73
KW 06	9.570	14	41.5	70
KW 07	11.790	11	39.7	69
KW 08	14.398	10	38.6	66

Österreich: Verteilung der Infektionsfälle von unter 25-Jährigen nach Altersgruppe für die vergangenen 4 Wochen



Österreich: 7-Tage-Inzidenzen pro 100.000 EW für unter 25-Jährige nach Altersgruppe und Kalenderwoche

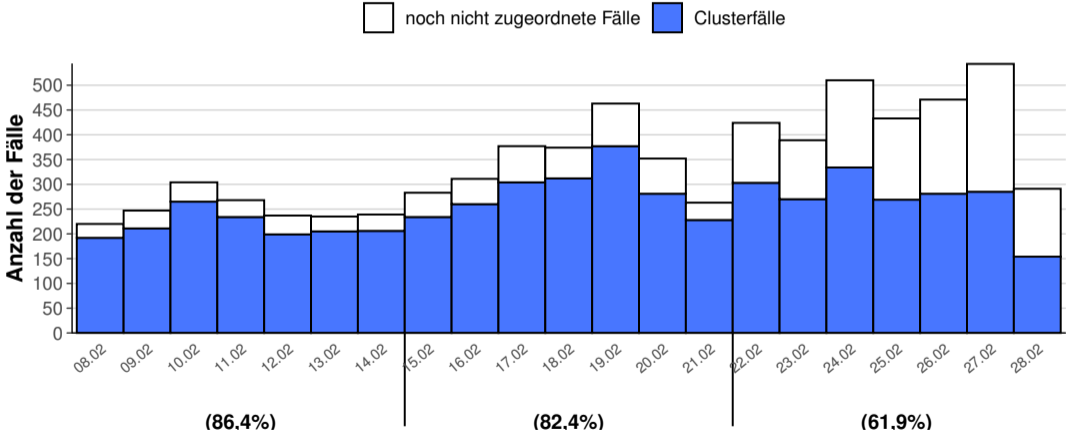


Österreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 07, KW 08)

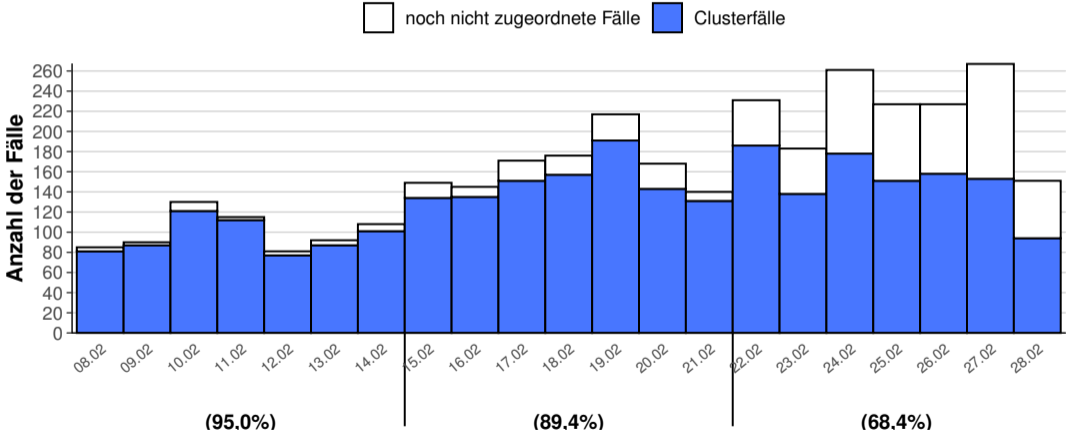
Tabelle 3: Verteilung der Infektionsfälle (KW 05 - KW 08 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 05								KW 06								KW 07								KW 08							
	klinische Manifestation								klinische Manifestation								klinische Manifestation								klinische Manifestation							
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total				
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%					
<6	72	38,5	76	40,6	39	20,9	187	75	39,1	84	43,8	33	17,2	192	137	37,0	134	36,2	99	26,8	370	162	33,3	183	37,7	141	29,0	486				
6-9	81	32,8	109	44,1	57	23,1	247	105	33,2	145	45,9	66	20,9	316	169	30,4	247	44,4	140	25,2	556	236	30,0	325	41,3	225	28,6	786				
10-14	120	33,8	152	42,8	83	23,4	355	181	38,7	181	38,7	106	22,6	468	203	31,5	265	41,1	176	27,3	644	248	29,5	291	34,6	303	36,0	842				
15-19	242	46,7	143	27,6	133	25,7	518	294	46,7	180	28,6	155	24,6	629	324	42,0	205	26,6	243	31,5	772	387	38,1	285	28,1	343	33,8	1015				
20-24	352	51,8	146	21,5	181	26,7	679	370	51,5	170	23,7	178	24,8	718	385	44,5	185	21,4	296	34,2	866	407	40,1	250	24,6	359	35,3	1016				
Total	867	43,7	626	31,5	493	24,8	1986	1025	44,1	760	32,7	538	23,2	2323	1218	38,0	1036	32,3	954	29,7	3208	1440	34,7	1334	32,2	1371	33,1	4145				

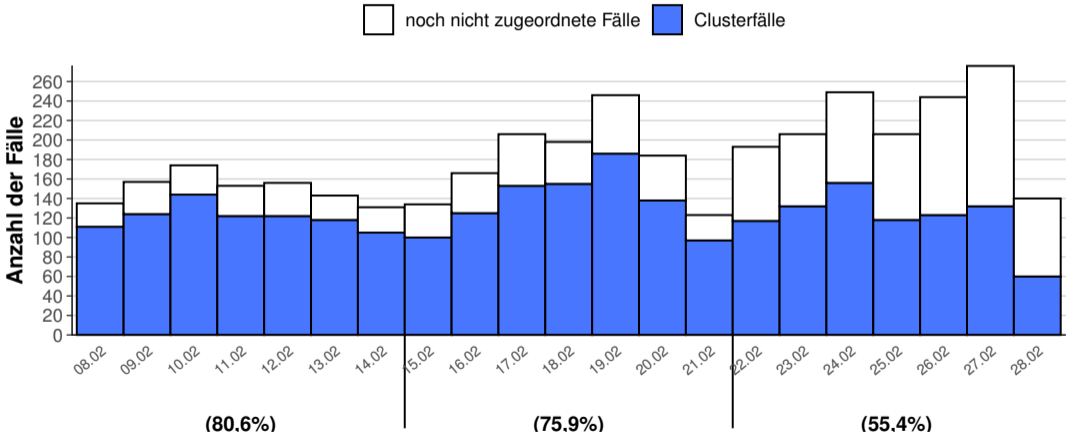
Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



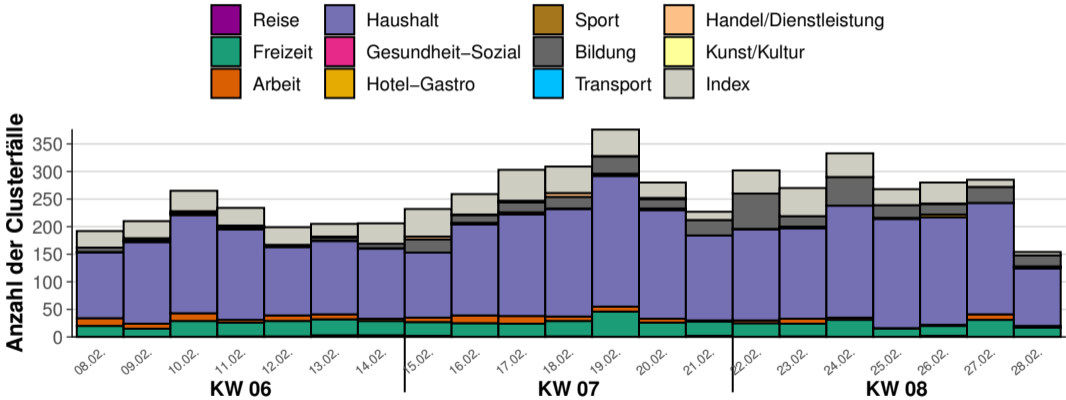
Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei 0-14-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



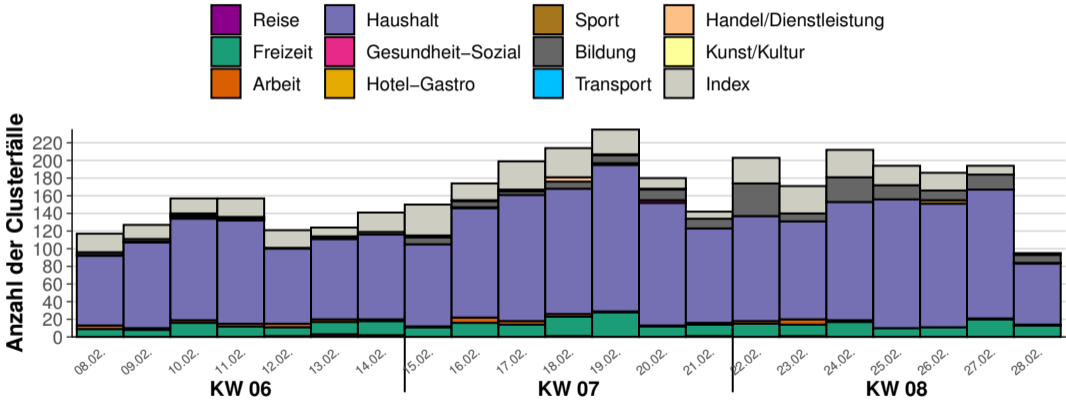
Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei 15-24-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Österreich: Inzidenz nach Bezirk

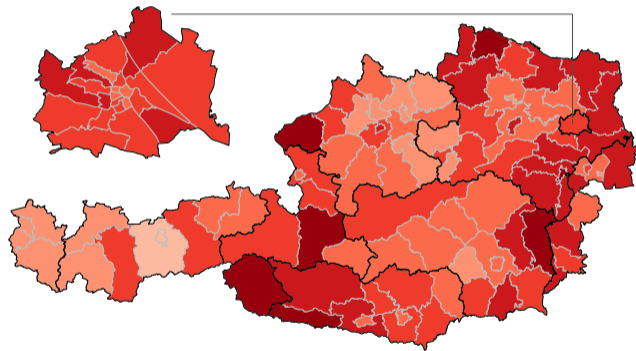
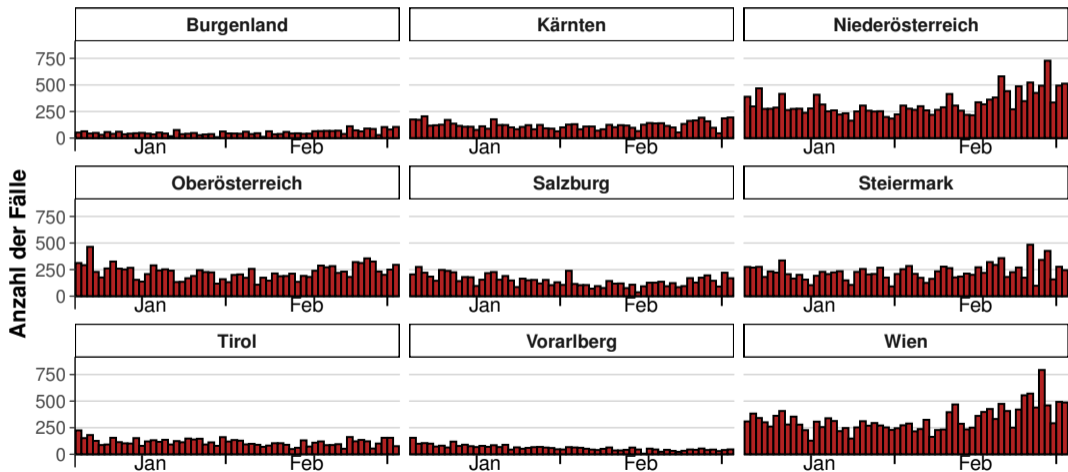


Abbildung 3: Kumulative Inzidenz/100.000 EW nach Bezirk der vergangenen 7 Tage (24.02.2021 – 02.03.2021) . Es gilt die regionale Falldefinition.

Österreich: Zeitlicher Verlauf der Bundesländer für die vergangenen acht Wochen (06.01.2021 – 03.03.2021)



Österreich: Epidemiologische Parameter I

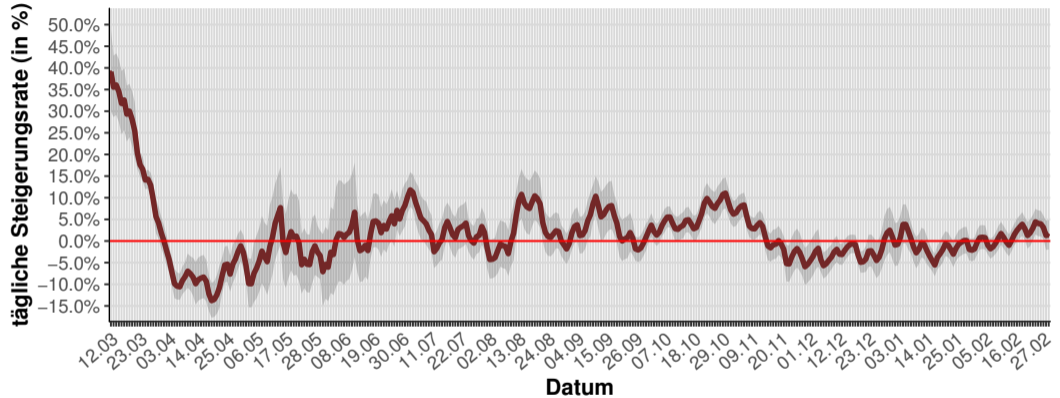


Abbildung 4: Modellierter täglicher Änderungsrate in % basierend auf den vorangegangenen 13 Tagen bezogen auf den Berichtstag. Fälle vom 02.03. und 03.03. sind exkludiert.

Österreich: Epidemiologische Parameter II

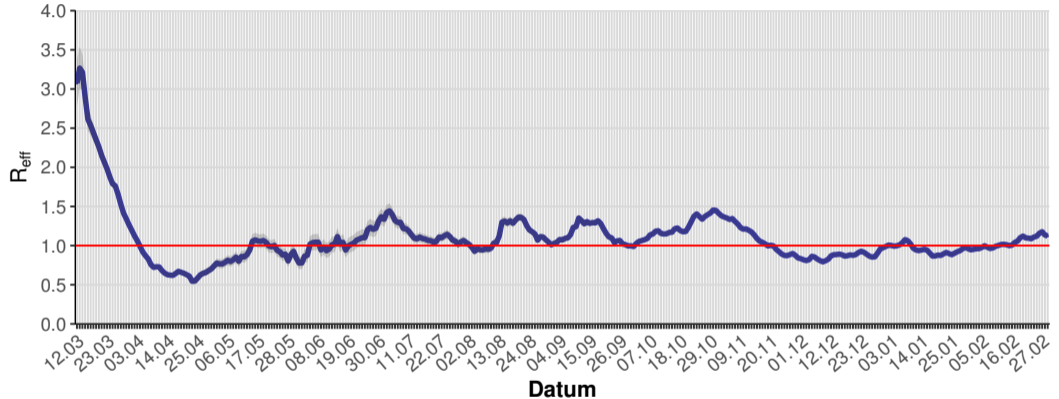


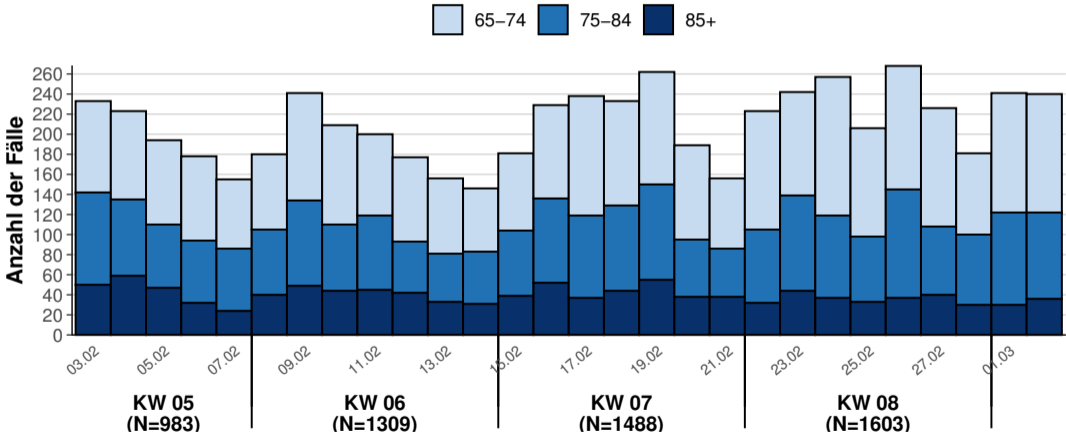
Abbildung 5: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 02.03. und 03.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten).

Österreich: Epidemiologische Parameter III

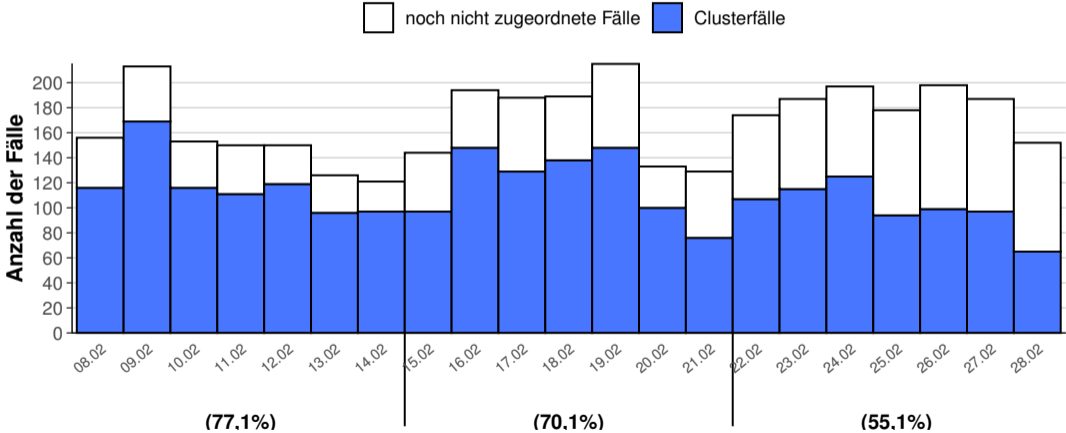
Tabelle 4: Schätzwerte des R_{eff} vom 20.02. bis zum 01.03.

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
20.02	1,12	(1,11 – 1,14)
21.02	1,10	(1,08 – 1,11)
22.02	1,10	(1,08 – 1,11)
23.02	1,09	(1,07 – 1,10)
24.02	1,11	(1,09 – 1,12)
25.02	1,12	(1,11 – 1,13)
26.02	1,16	(1,14 – 1,17)
27.02	1,18	(1,16 – 1,19)
28.02	1,14	(1,12 – 1,15)
01.03	1,12	(1,11 – 1,14)

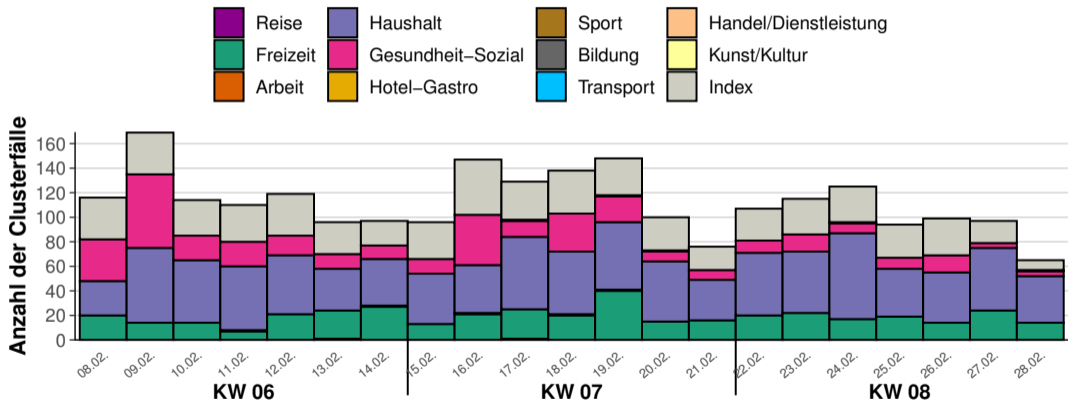
Österreich (exkl. Wien): Verteilung der Infektionsfälle von >64-Jährigen nach Altersgruppe für die vergangenen 4 Wochen



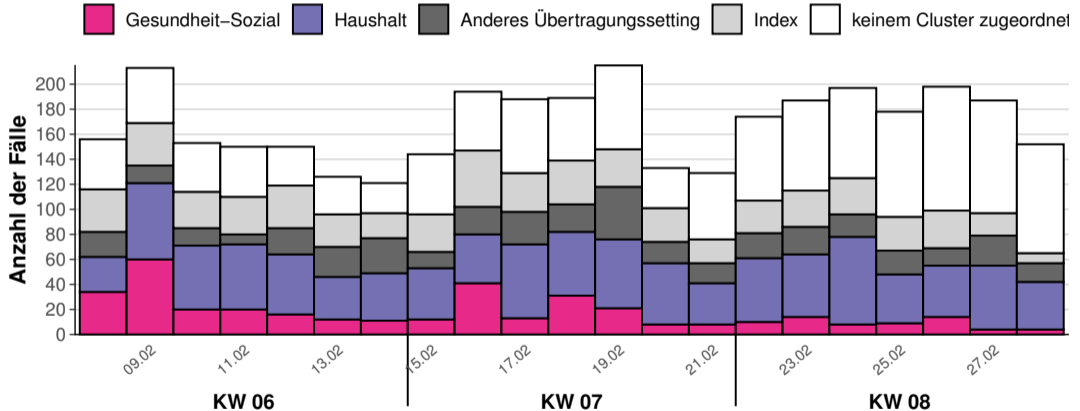
Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Fälle gesamt bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Zeitlicher Verlauf bis 03.03.2021

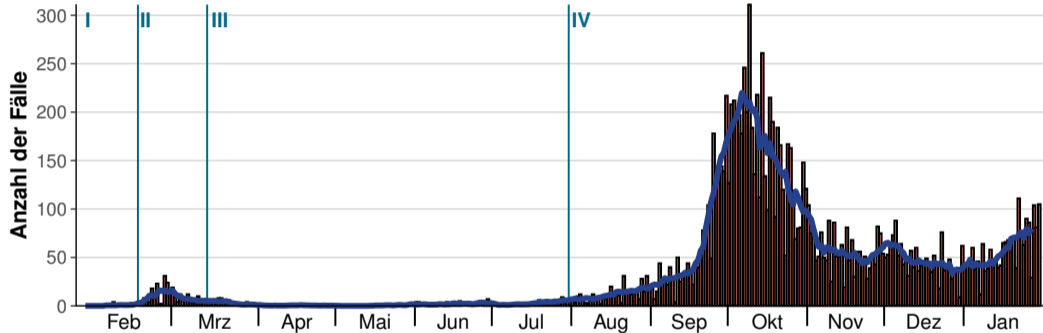


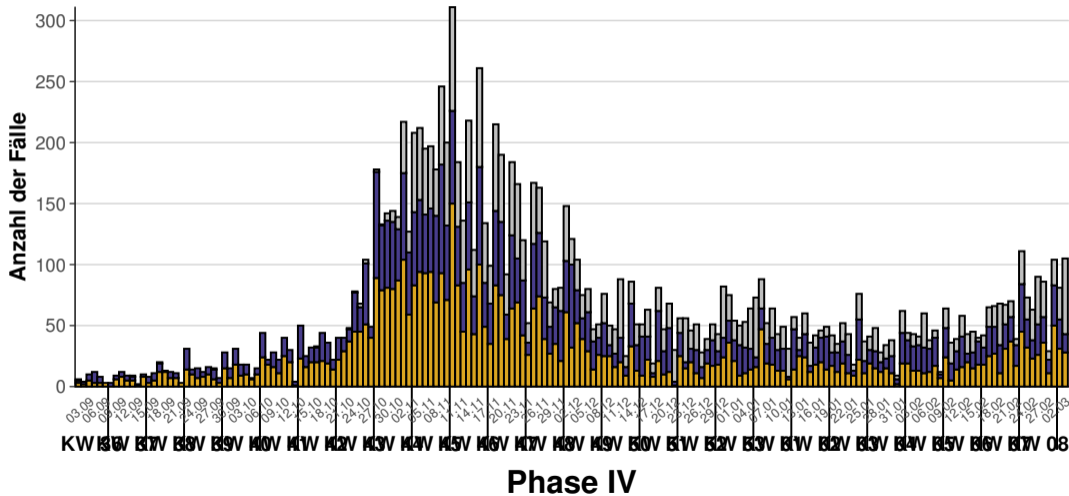
Abbildung 6: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Burgenland: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

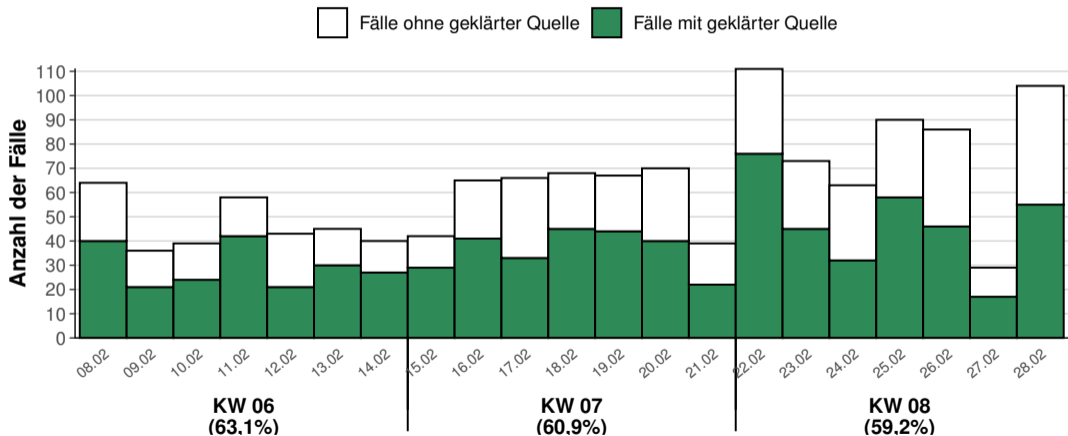
	03	04	05	06	07	08
Fälle ¹ Burgenland (N)	303	260	284	325	417	556
Anteil asymptomatisch	35,3%	32,3%	44,4%	36,0%	33,6%	30,0%
Fälle asymptomatisch (n)	107	84	126	117	140	167
Fälle ungeklärt ² (n)	123	104	105	120	163	227
Indexfälle ³ (n)	60	56	49	77	81	66
Anteil geklärt	59,4%	60,0%	63,0%	63,1%	60,9%	59,2%
Fälle geklärt ⁴ (n)	180	156	179	205	254	329
Clusterfälle ⁵ (n)	219	200	214	274	313	355
sporadisch importierte Fälle (n)	1	1	4	1	1	2
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	158	144	165	197	230	288
Haushalt	62,7%	63,2%	57,6%	62,4%	61,7%	64,2%
Freizeit	17,7%	27,1%	17,6%	21,3%	23,0%	23,3%
Gesundheit-Sozial	15,8%	5,6%	20,6%	9,1%	8,3%	3,1%
Arbeit	3,2%	1,4%	4,2%	5,1%	3,5%	3,1%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	0,0%	2,8%	0,0%	0,5%	1,7%	5,9%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	1,3%	0,3%
Haushalt (n)	99	91	95	123	142	185
Bildung (n)	0	4	0	1	4	17
Gesundheit-Sozial (n)	25	8	34	18	19	9
Reise (n)	0	0	0	1	3	1

Burgenland: Phase IV 01.09.2020 – 03.03.2021

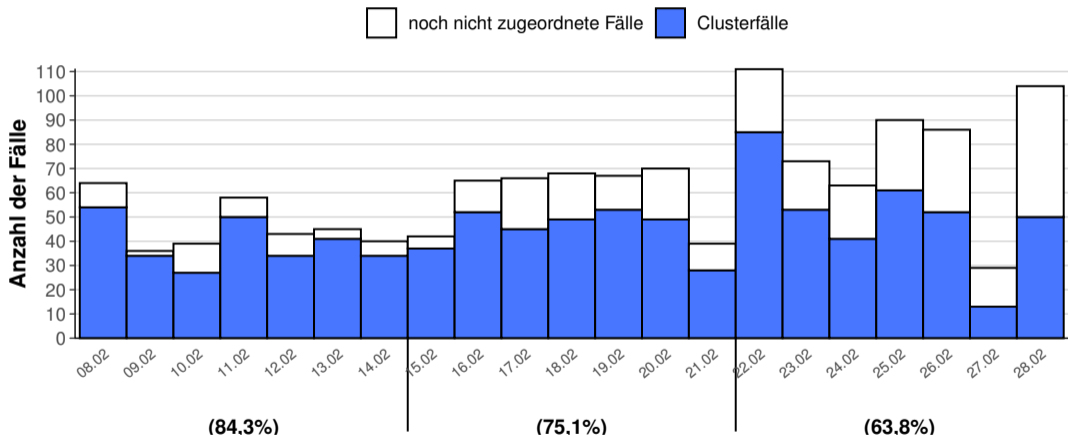
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Burgenland: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Epidemiologische Parameter I

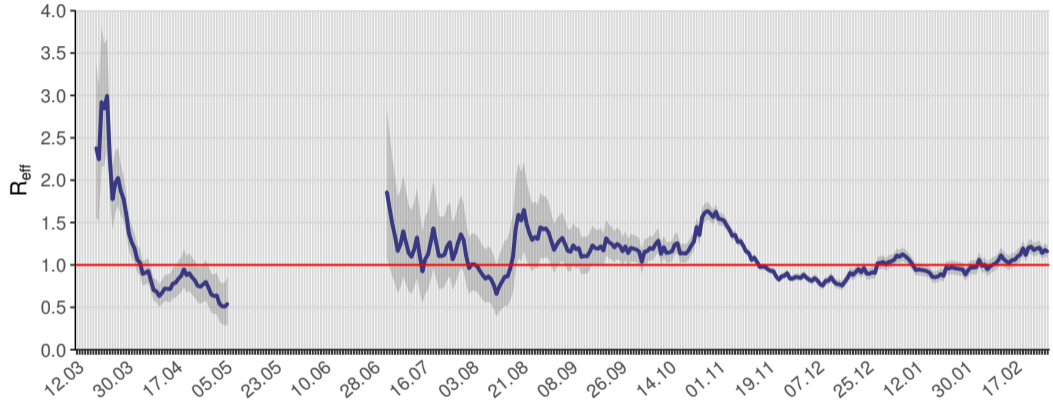


Abbildung 7: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 02.03. und 03.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Burgenland)

Burgenland: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 5: Schätzwerte des R_{eff} vom 20.02. bis zum 01.03.. (Burgenland)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
20.02	1,20	(1,11 - 1,28)
21.02	1,12	(1,04 - 1,20)
22.02	1,20	(1,12 - 1,29)
23.02	1,22	(1,13 - 1,30)
24.02	1,17	(1,09 - 1,26)
25.02	1,19	(1,12 - 1,28)
26.02	1,20	(1,13 - 1,28)
27.02	1,14	(1,07 - 1,22)
28.02	1,18	(1,10 - 1,25)
01.03	1,16	(1,08 - 1,23)

Burgenland: Altersverteilung II

Tabelle 6: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 01	400	20	47.5	78
KW 02	330	18	51.5	84
KW 03	303	18	45.0	70
KW 04	260	14	43.2	71
KW 05	284	17	47.4	80
KW 06	325	19	46.0	70
KW 07	417	15	43.1	72
KW 08	556	14	40.5	68

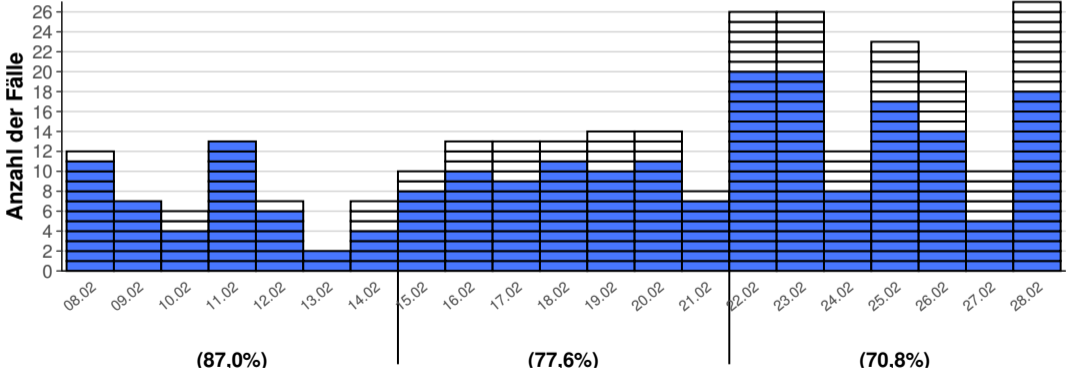
Burgenland: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 07, KW 08)

Tabelle 7: Verteilung der Infektionsfälle (KW 05 - KW 08 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

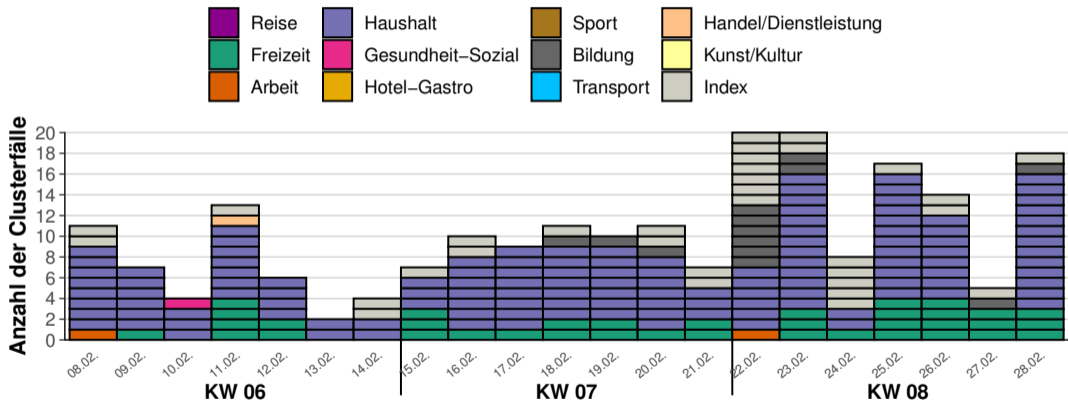
Alter	KW 05						KW 06						KW 07						KW 08									
	klinische Manifestation						klinische Manifestation						klinische Manifestation						klinische Manifestation									
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5	2	20,0	4	40,0	4	40,0	10
6-9	2	22,2	7	77,8	0	0,0	9	0	0,0	3	75,0	1	25,0	4	3	16,7	10	55,6	5	27,8	18	5	19,2	10	38,5	11	42,3	26
10-14	3	30,0	7	70,0	0	0,0	10	5	45,5	4	36,4	2	18,2	11	5	27,8	7	38,9	6	33,3	18	6	27,3	8	36,4	8	36,4	22
15-19	9	39,1	9	39,1	5	21,7	23	4	25,0	7	43,8	5	31,2	16	3	25,0	5	41,7	4	33,3	12	4	12,9	12	38,7	15	48,4	31
20-24	3	27,3	6	54,5	2	18,2	11	9	47,4	7	36,8	3	15,8	19	12	37,5	11	34,4	9	28,1	32	24	43,6	13	23,6	18	32,7	55
Total	17	31,5	29	53,7	8	14,8	54	19	35,2	23	42,6	12	22,2	54	25	29,4	35	41,2	25	29,4	85	41	28,5	47	32,6	56	38,9	144

Burgenland: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW

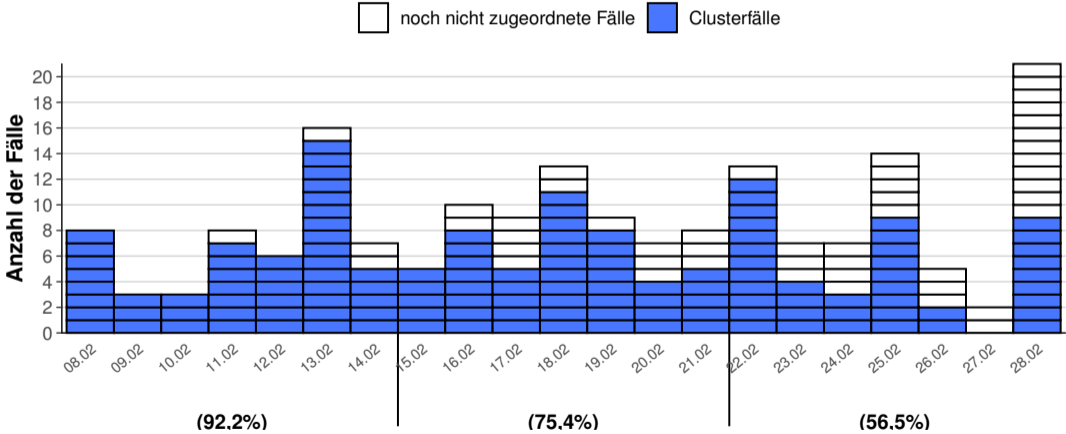
□ noch nicht zugeordnete Fälle ■ Clusterfälle



Burgenland: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Kärnten: Zeitlicher Verlauf bis 03.03.2021

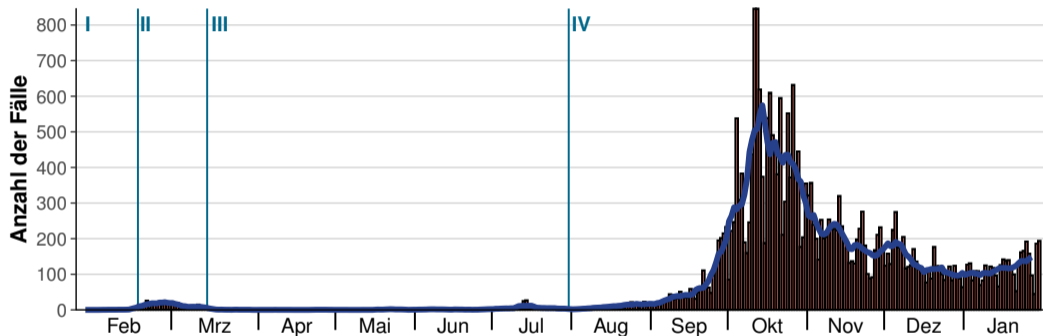


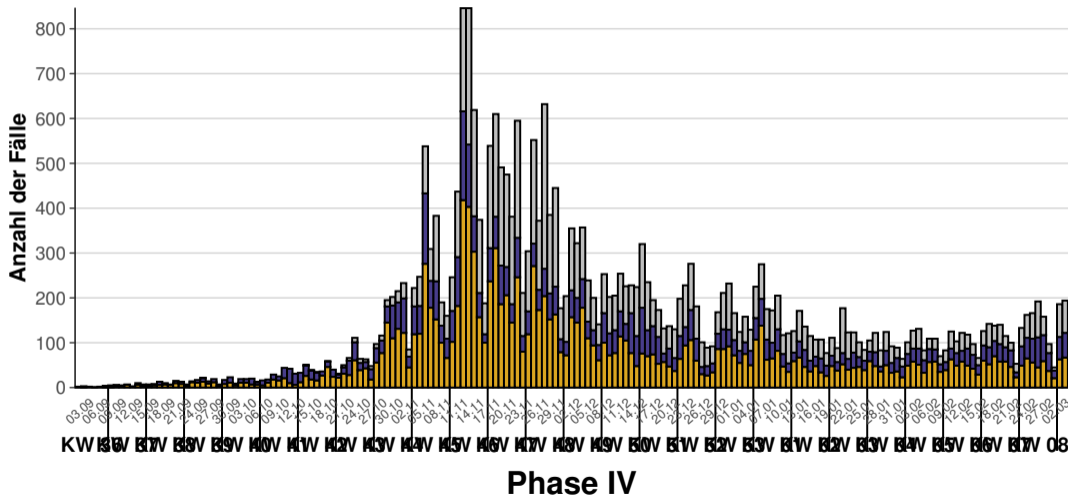
Abbildung 9: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Kärnten: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

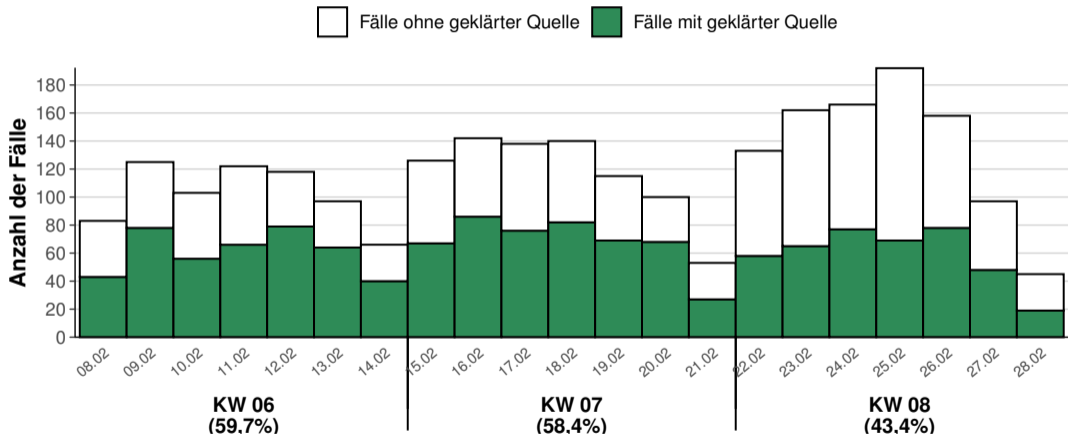
	03	04	05	06	07	08
Fälle ¹ Kärnten (N)	807	679	730	714	814	953
Anteil asymptomatisch	20,8%	25,2%	26,3%	25,8%	27,6%	34,0%
Fälle asymptomatisch (n)	168	171	192	184	225	324
Fälle ungeklärt ² (n)	454	331	316	288	339	539
Indexfälle ³ (n)	166	148	157	160	186	156
Anteil geklärt	43,7%	51,3%	56,7%	59,7%	58,4%	43,4%
Fälle geklärt ⁴ (n)	353	348	414	426	475	414
Clusterfälle ⁵ (n)	508	480	541	558	626	520
sporadisch importierte Fälle (n)	2	2	0	0	3	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	340	330	384	395	438	364
Haushalt	68,8%	65,8%	73,7%	72,9%	80,8%	87,6%
Freizeit	4,4%	9,7%	10,7%	10,9%	8,7%	5,8%
Gesundheit-Sozial	21,8%	15,5%	2,1%	2,3%	2,7%	1,4%
Arbeit	2,1%	2,4%	4,9%	10,9%	5,5%	2,5%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	2,9%	6,1%	4,9%	1,3%	1,1%	2,7%
Transport	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,5%	0,0%
Reise	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%
Haushalt (n)	234	217	283	288	354	319
Bildung (n)	10	20	19	5	5	10
Gesundheit-Sozial (n)	74	51	8	9	12	5
Reise (n)	0	1	0	1	0	0

Kärnten: Phase IV 01.09.2020 – 03.03.2021

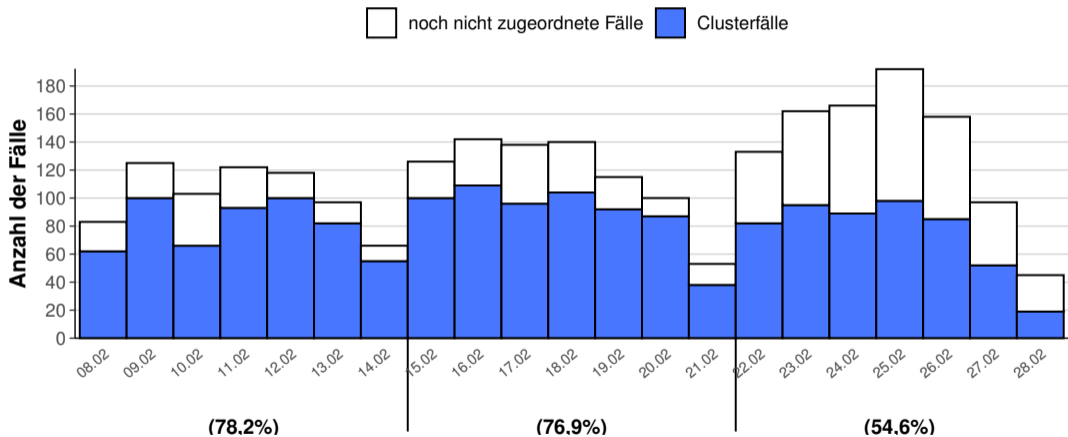
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



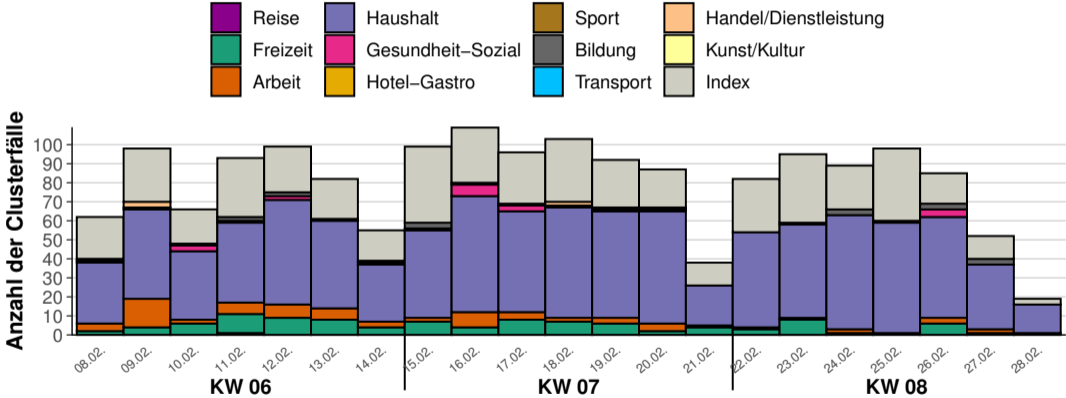
Kärnten: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Epidemiologische Parameter I

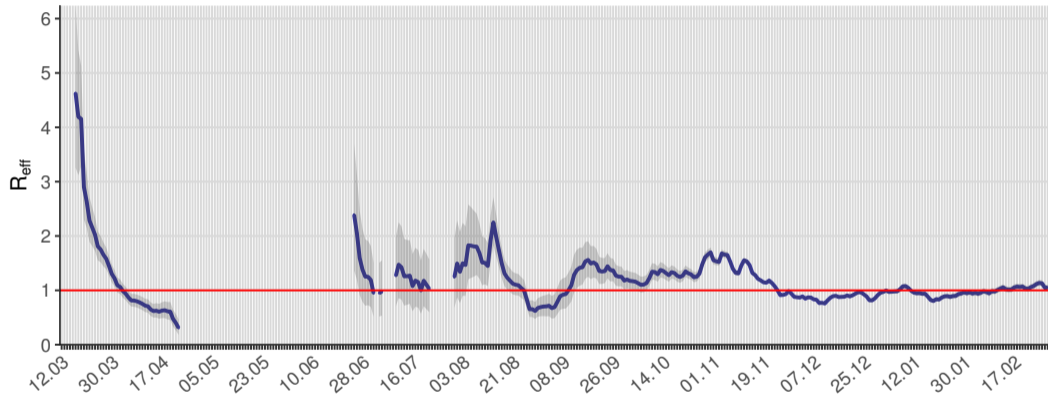


Abbildung 10: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 02.03. und 03.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Kärnten)

Kärnten: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 8: Schätzwerte des R_{eff} vom 20.02. bis zum 01.03.. (Kärnten)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
20.02	1,07	(1,02 - 1,13)
21.02	1,03	(0,98 - 1,09)
22.02	1,03	(0,97 - 1,08)
23.02	1,06	(1,01 - 1,11)
24.02	1,08	(1,03 - 1,13)
25.02	1,12	(1,06 - 1,17)
26.02	1,14	(1,08 - 1,19)
27.02	1,13	(1,08 - 1,18)
28.02	1,05	(1,00 - 1,10)
01.03	1,05	(1,00 - 1,10)

Kärnten: Altersverteilung II

Tabelle 9: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

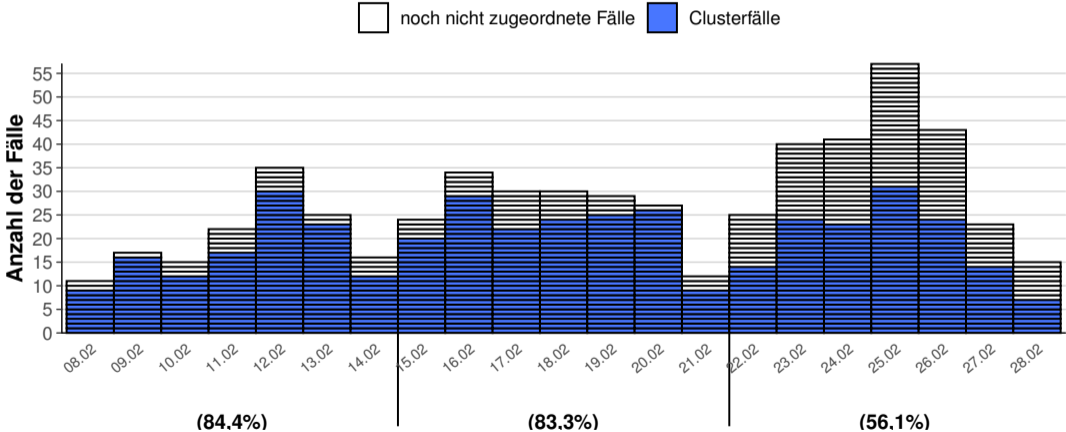
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 01	1.290	20	50.5	84.0
KW 02	839	20	49.0	81.0
KW 03	807	19	47.4	81.0
KW 04	679	20	48.8	80.0
KW 05	730	17	44.3	73.0
KW 06	714	16	44.1	73.7
KW 07	814	14	44.2	75.7
KW 08	953	15	42.4	70.8

Kärnten: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 07, KW 08)

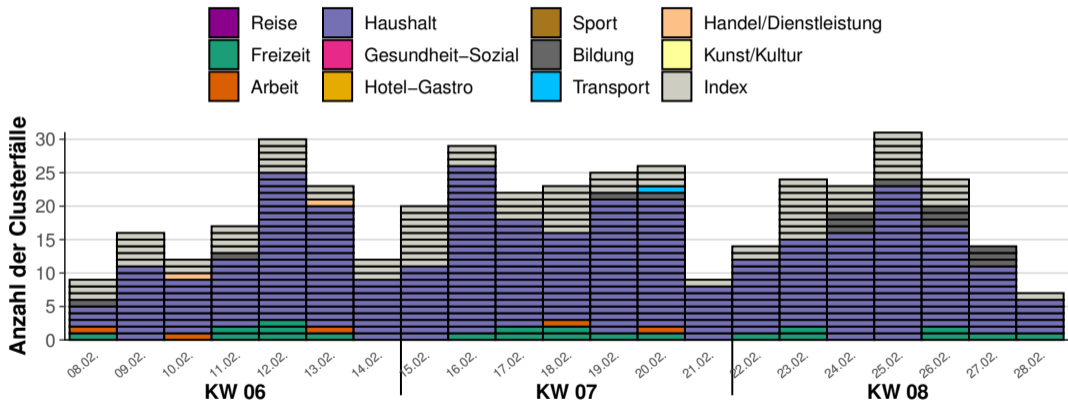
Tabelle 10: Verteilung der Infektionsfälle (KW 05 - KW 08 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 05							KW 06							KW 07							KW 08						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	8	53,3	4	26,7	3	20,0	15	4	28,6	6	42,9	4	28,6	14	2	20,0	8	80,0	0	0,0	10	3	23,1	10	76,9	0	0,0	13
6-9	6	23,1	12	46,2	8	30,8	26	4	23,5	9	52,9	4	23,5	17	11	30,6	19	52,8	6	16,7	36	4	12,9	21	67,7	6	19,4	31
10-14	11	44,0	10	40,0	4	16,0	25	9	25,7	18	51,4	8	22,9	35	15	31,9	22	46,8	10	21,3	47	15	30,6	23	46,9	11	22,4	49
15-19	11	40,7	13	48,1	3	11,1	27	14	41,2	11	32,4	9	26,5	34	17	37,8	19	42,2	9	20,0	45	21	24,7	34	40,0	30	35,3	85
20-24	37	57,8	11	17,2	16	25,0	64	22	53,7	10	24,4	9	22,0	41	28	58,3	8	16,7	12	25,0	48	16	24,2	18	27,3	32	48,5	66
Total	73	46,5	50	31,8	34	21,7	157	53	37,6	54	38,3	34	24,1	141	73	39,2	76	40,9	37	19,9	186	59	24,2	106	43,4	79	32,4	244

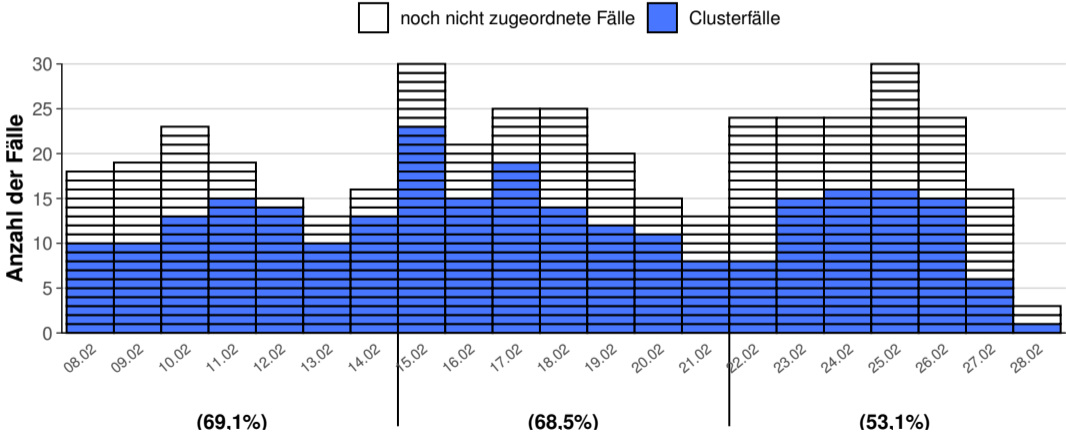
Kärnten: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Niederösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 03.03.2021

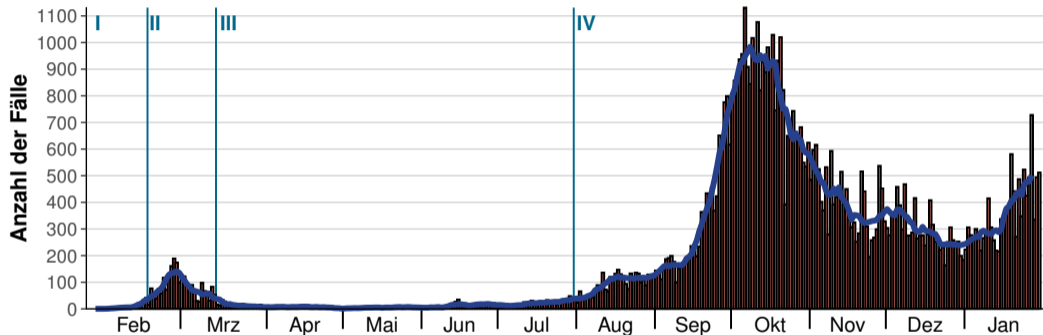


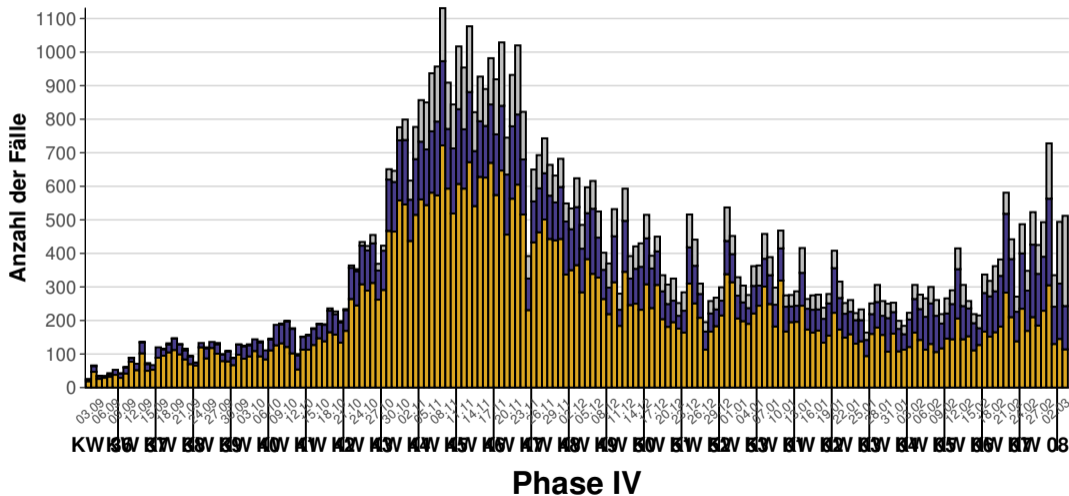
Abbildung 12: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Niederösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

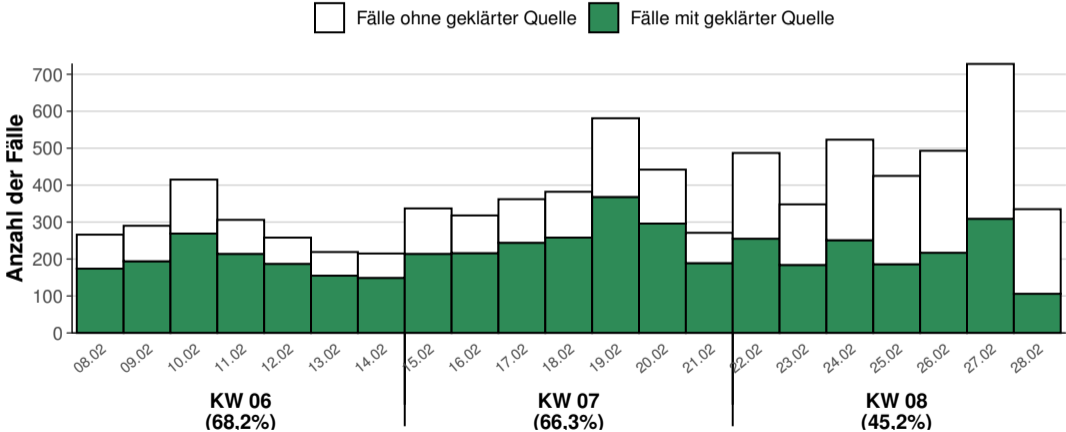
	03	04	05	06	07	08
Fälle ¹ Niederösterreich (N)	1.856	1.701	1.852	1.969	2.693	3.339
Anteil asymptomatisch	29,4%	27,6%	36,4%	32,5%	37,3%	35,5%
Fälle asymptomatisch (n)	546	469	675	640	1.004	1.185
Fälle ungeklärt ² (n)	616	573	569	627	908	1.831
Indexfälle ³ (n)	300	328	326	390	372	280
Anteil geklärt	66,8%	66,3%	69,3%	68,2%	66,3%	45,2%
Fälle geklärt ⁴ (n)	1.240	1.128	1.283	1.342	1.785	1.508
Clusterfälle ⁵ (n)	1.335	1.407	1.566	1.685	2.064	1.597
sporadisch importierte Fälle (n)	13	9	6	13	15	18
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	1.032	1.072	1.239	1.292	1.679	1.314
Haushalt	59,5%	59,7%	56,3%	62,5%	59,8%	67,4%
Freizeit	11,3%	16,0%	17,1%	17,6%	17,0%	13,2%
Gesundheit-Sozial	16,9%	14,9%	13,2%	8,9%	7,7%	3,7%
Arbeit	7,1%	6,5%	11,0%	7,0%	6,0%	3,3%
Hotel-Gastro	0,2%	0,1%	0,4%	0,2%	0,2%	0,0%
Bildung	2,0%	1,5%	1,0%	1,9%	7,0%	11,0%
Transport	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%
Reise	0,7%	0,5%	0,5%	0,2%	0,5%	0,2%
Haushalt (n)	614	640	697	807	1.004	885
Bildung (n)	21	16	13	25	118	145
Gesundheit-Sozial (n)	174	160	164	115	129	48
Reise (n)	7	5	6	3	8	2

Niederösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 03.03.2021

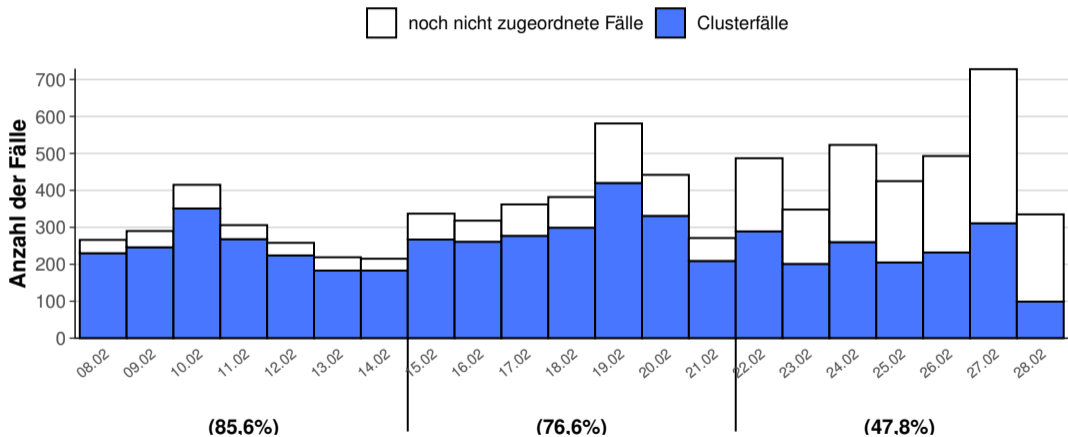
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



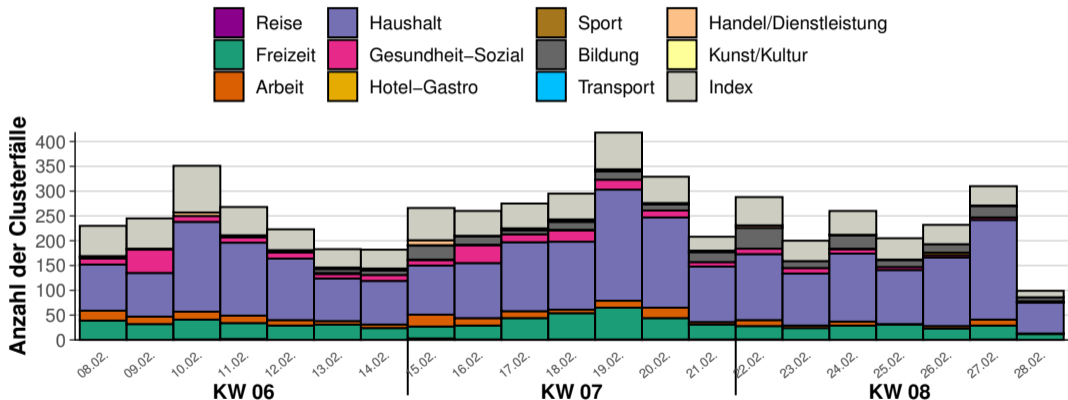
Niederösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Epidemiologische Parameter I

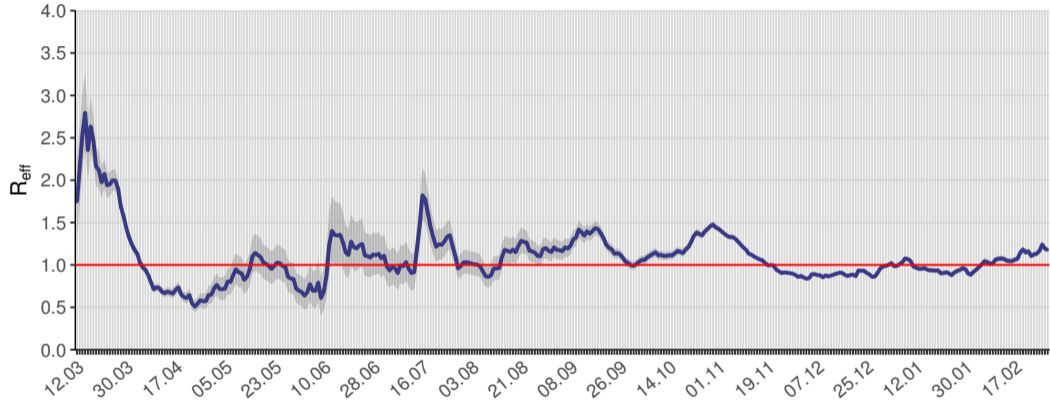


Abbildung 13: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 02.03. und 03.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Niederösterreich)

Niederösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 11: Schätzwerte des R_{eff} vom 20.02. bis zum 01.03.. (Niederösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
20.02	1,18	(1,15 - 1,22)
21.02	1,15	(1,11 - 1,18)
22.02	1,16	(1,13 - 1,19)
23.02	1,11	(1,07 - 1,14)
24.02	1,12	(1,09 - 1,16)
25.02	1,13	(1,10 - 1,17)
26.02	1,16	(1,13 - 1,20)
27.02	1,24	(1,21 - 1,27)
28.02	1,19	(1,16 - 1,22)
01.03	1,18	(1,15 - 1,21)

Niederösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 12: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

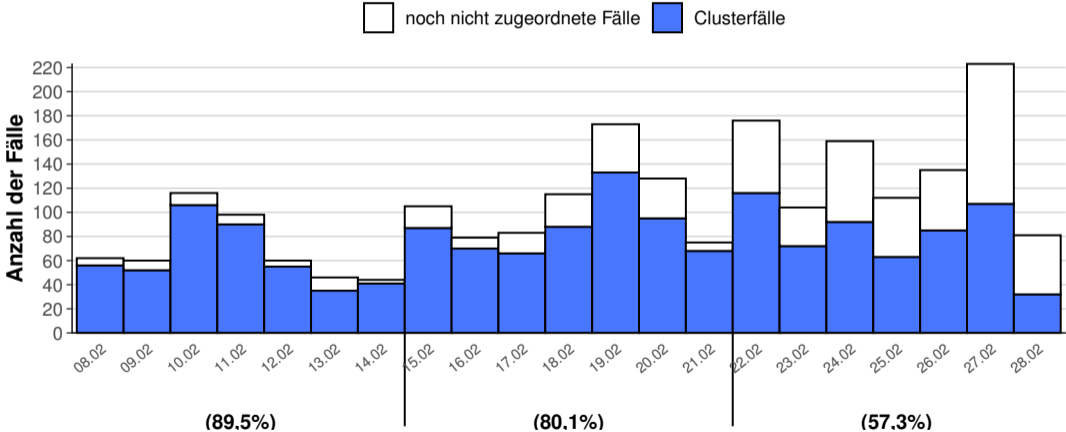
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 01	2.528	18	46.0	79
KW 02	2.036	18	45.5	78
KW 03	1.856	16	44.6	78
KW 04	1.701	18	46.6	79
KW 05	1.852	16	44.0	73
KW 06	1.969	14	41.9	70
KW 07	2.693	10	40.4	70
KW 08	3.339	9	38.4	67

Niederösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 07, KW 08)

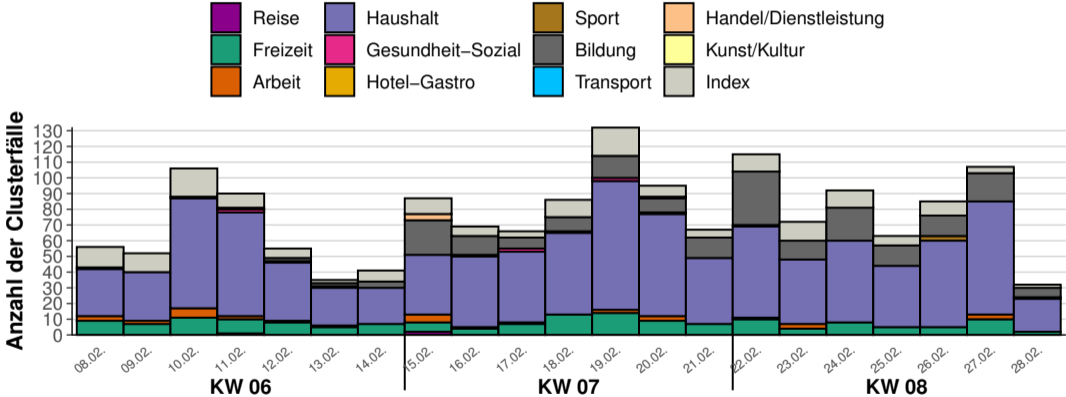
Tabelle 13: Verteilung der Infektionsfälle (KW 05 - KW 08 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 05							KW 06							KW 07							KW 08						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	10	31,2	21	65,6	1	3,1	32	13	34,2	20	52,6	5	13,2	38	26	31,7	47	57,3	9	11,0	82	41	33,9	68	56,2	12	9,9	121
6-9	8	19,5	27	65,9	6	14,6	41	25	40,3	34	54,8	3	4,8	62	58	36,2	90	56,2	12	7,5	160	74	31,5	130	55,3	31	13,2	235
10-14	26	29,2	49	55,1	14	15,7	89	35	35,7	49	50,0	14	14,3	98	66	39,1	91	53,8	12	7,1	169	69	31,1	106	47,7	47	21,2	222
15-19	48	45,3	44	41,5	14	13,2	106	68	49,3	47	34,1	23	16,7	138	91	49,2	68	36,8	26	14,1	185	109	46,0	89	37,6	39	16,5	237
20-24	61	49,2	39	31,5	24	19,4	124	81	54,0	49	32,7	20	13,3	150	80	49,4	55	34,0	27	16,7	162	77	44,0	64	36,6	34	19,4	175
Total	153	39,0	180	45,9	59	15,1	392	222	45,7	199	40,9	65	13,4	486	321	42,3	351	46,3	86	11,3	758	370	37,4	457	46,2	163	16,5	990

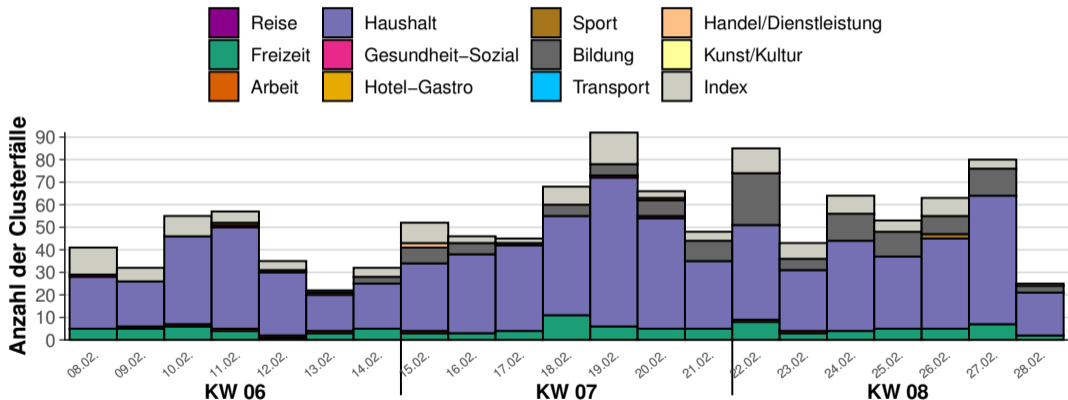
Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



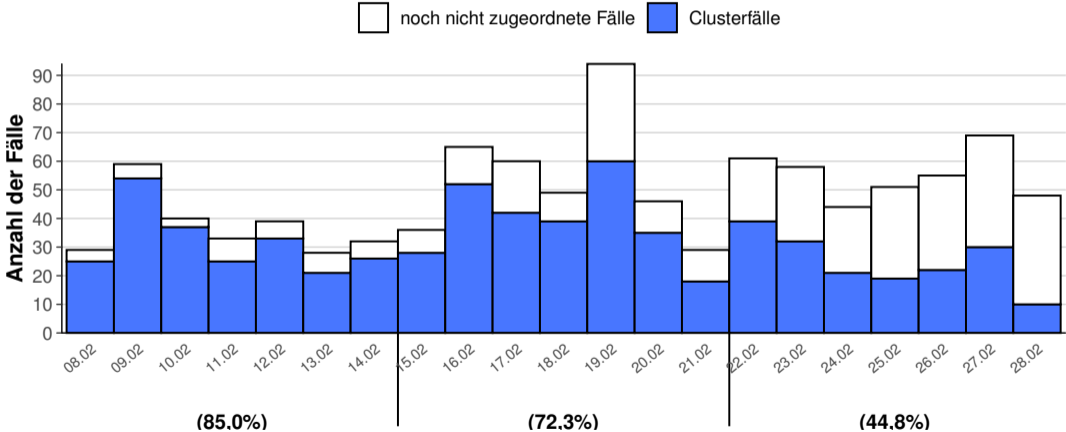
Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



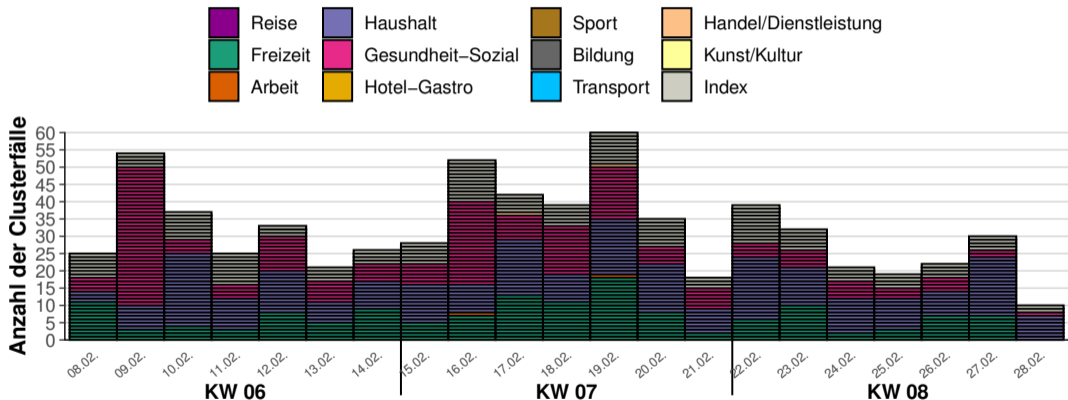
Niederösterreich: Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 03.03.2021

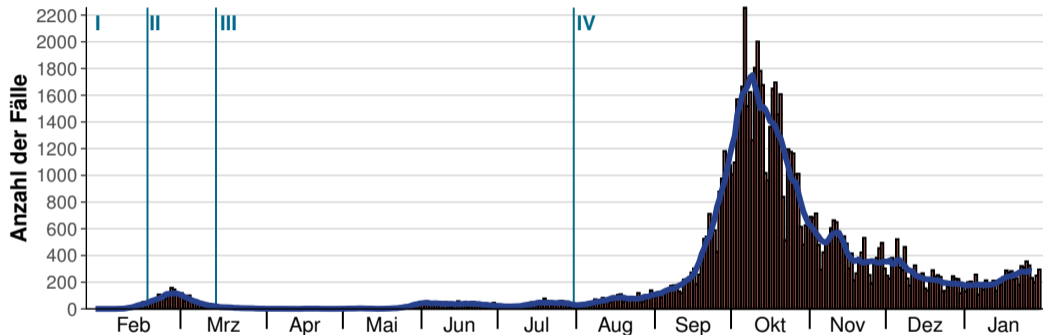


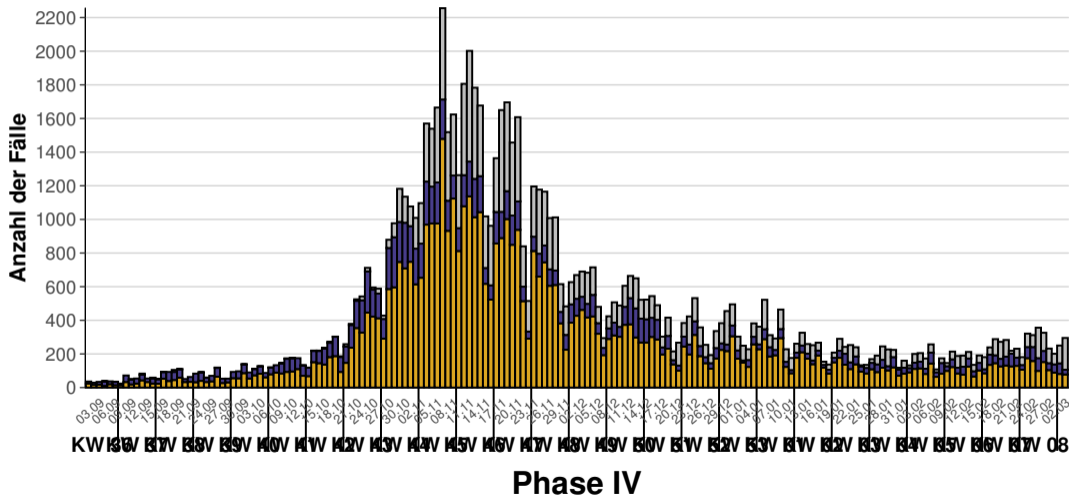
Abbildung 15: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Oberösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

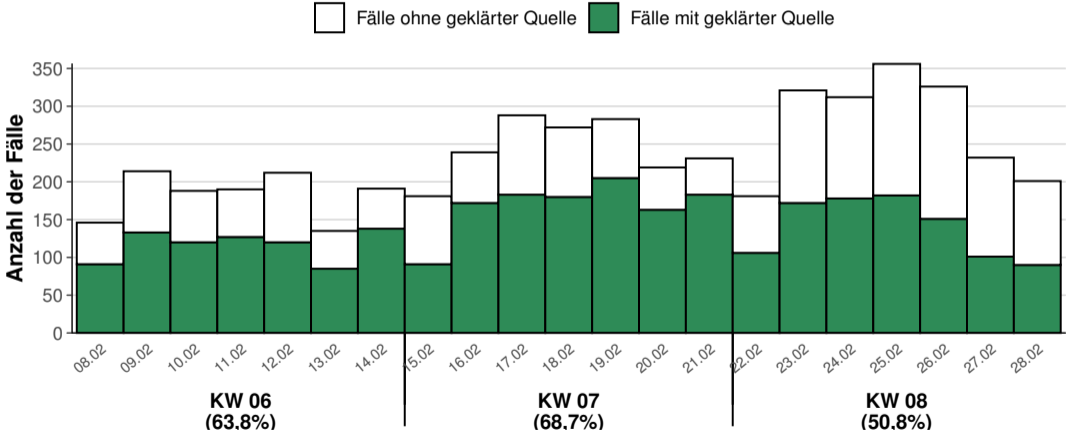
	03	04	05	06	07	08
Fälle ¹ Oberösterreich (N)	1.501	1.333	1.249	1.276	1.713	1.929
Anteil asymptomatisch	19,0%	21,5%	23,1%	21,9%	20,7%	21,2%
Fälle asymptomatisch (n)	285	287	289	279	355	409
Fälle ungeklärt ² (n)	585	490	413	462	536	949
Indexfälle ³ (n)	308	279	271	288	324	194
Anteil geklärt	61,0%	63,2%	66,9%	63,8%	68,7%	50,8%
Fälle geklärt ⁴ (n)	916	843	836	814	1.177	980
Clusterfälle ⁵ (n)	1.170	1.023	1.009	1.045	1.370	1.010
sporadisch importierte Fälle (n)	6	8	10	5	4	4
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	860	742	733	757	1.043	813
Haushalt	63,1%	62,0%	68,3%	73,4%	67,6%	70,4%
Freizeit	14,8%	16,4%	14,6%	12,3%	15,7%	13,8%
Gesundheit-Sozial	12,4%	8,1%	3,8%	2,9%	0,5%	1,8%
Arbeit	6,7%	7,8%	8,6%	6,9%	10,6%	7,1%
Hotel-Gastro	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Bildung	2,0%	3,1%	2,9%	1,3%	2,8%	4,3%
Transport	0,1%	1,2%	0,8%	0,1%	0,3%	0,1%
Reise	0,1%	0,5%	0,3%	1,8%	0,6%	0,9%
Haushalt (n)	543	460	501	556	705	572
Bildung (n)	17	23	21	10	29	35
Gesundheit-Sozial (n)	107	60	28	22	5	15
Reise (n)	1	4	2	14	6	7

Oberösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 03.03.2021

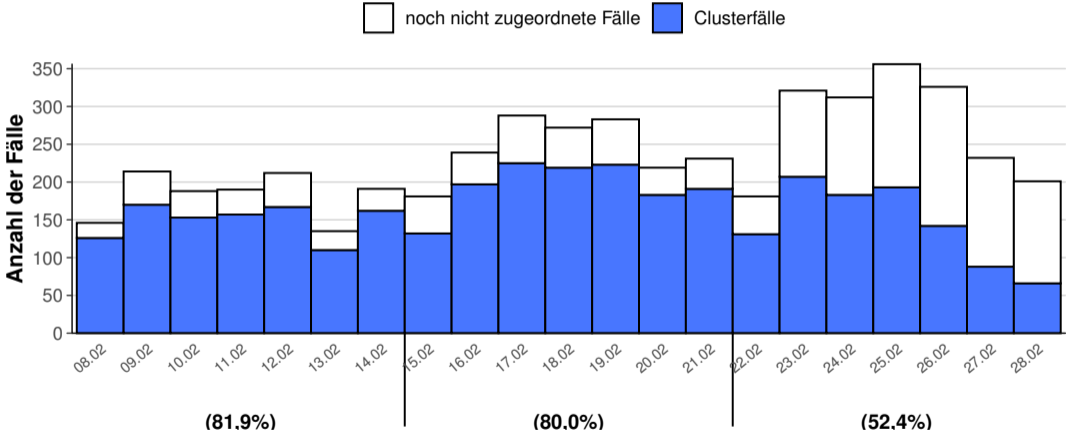
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



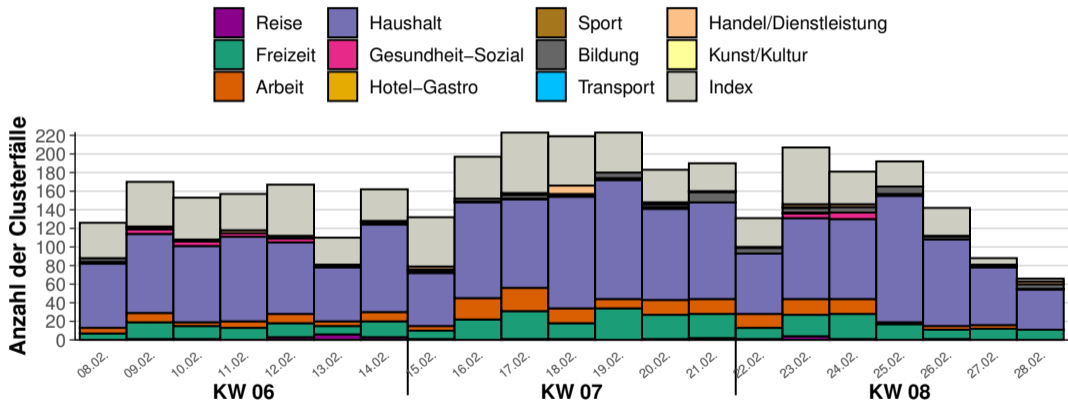
Oberösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Epidemiologische Parameter I

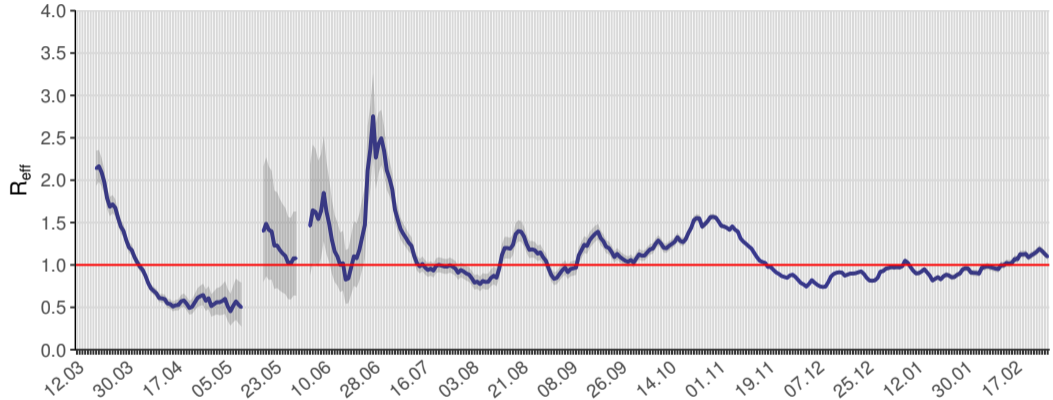


Abbildung 16: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 02.03. und 03.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Oberösterreich)

Oberösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 14: Schätzwerte des R_{eff} vom 20.02. bis zum 01.03.. (Oberösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
20.02	1,12	(1,08 - 1,17)
21.02	1,13	(1,09 - 1,17)
22.02	1,09	(1,05 - 1,13)
23.02	1,11	(1,07 - 1,15)
24.02	1,13	(1,09 - 1,17)
25.02	1,16	(1,12 - 1,20)
26.02	1,19	(1,15 - 1,23)
27.02	1,16	(1,12 - 1,20)
28.02	1,13	(1,09 - 1,17)
01.03	1,10	(1,06 - 1,13)

Oberösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 15: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

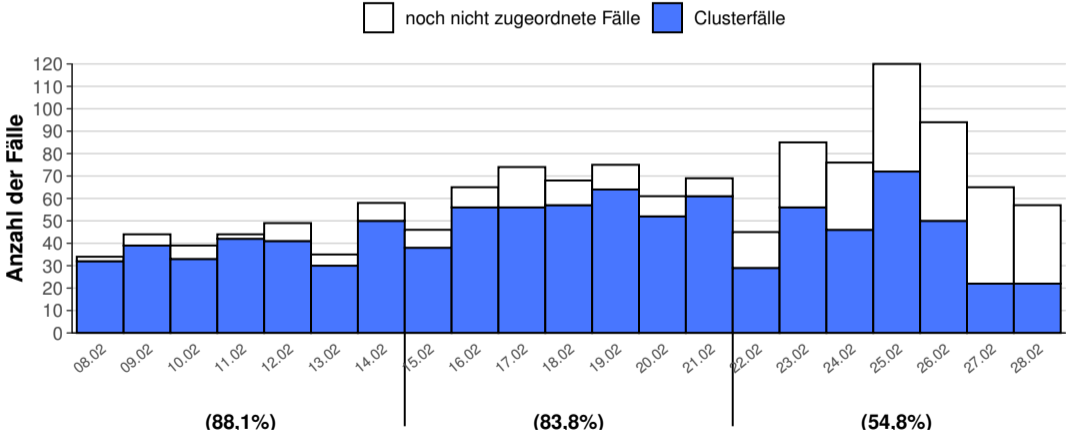
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 01	2.356	20.0	47.6	79
KW 02	1.656	20.0	46.1	76
KW 03	1.501	17.0	43.8	73
KW 04	1.333	16.2	43.3	72
KW 05	1.249	16.0	41.8	70
KW 06	1.276	16.0	41.1	66
KW 07	1.713	14.0	38.6	64
KW 08	1.929	12.0	38.4	64

Oberösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 07, KW 08)

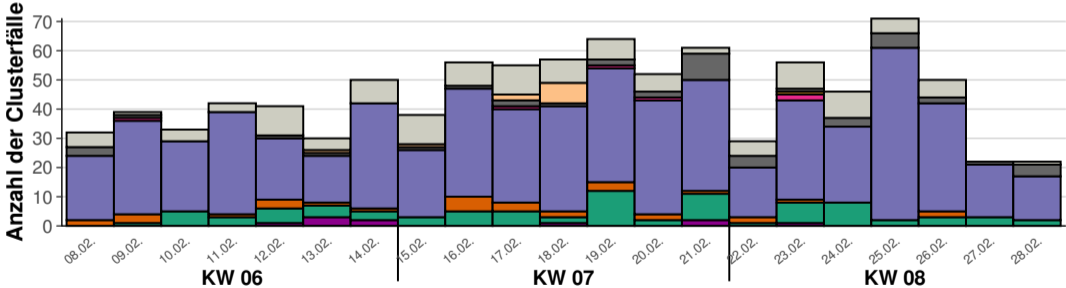
Tabelle 16: Verteilung der Infektionsfälle (KW 05 - KW 08 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 05							KW 06							KW 07							KW 08						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total							
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.									
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%						
<6	8	34,8	14	60,9	1	4,3	23	6	50,0	5	41,7	1	8,3	12	15	57,7	8	30,8	3	11,5	26	10	31,2	10	31,2	12	37,5	32
6-9	14	35,9	18	46,2	7	17,9	39	9	24,3	15	40,5	13	35,1	37	24	36,9	25	38,5	16	24,6	65	27	31,0	30	34,5	30	34,5	87
10-14	9	20,5	23	52,3	12	27,3	44	22	35,5	19	30,6	21	33,9	62	23	24,2	42	44,2	30	31,6	95	42	31,6	37	27,8	54	40,6	133
15-19	41	56,9	19	26,4	12	16,7	72	39	43,8	26	29,2	24	27,0	89	56	47,5	21	17,8	41	34,7	118	54	44,3	30	24,6	38	31,1	122
20-24	49	52,7	21	22,6	23	24,7	93	52	50,5	27	26,2	24	23,3	103	82	53,2	18	11,7	54	35,1	154	79	47,0	48	28,6	41	24,4	168
Total	121	44,6	95	35,1	55	20,3	271	128	42,2	92	30,4	83	27,4	303	200	43,7	114	24,9	144	31,4	458	212	39,1	155	28,6	175	32,3	542

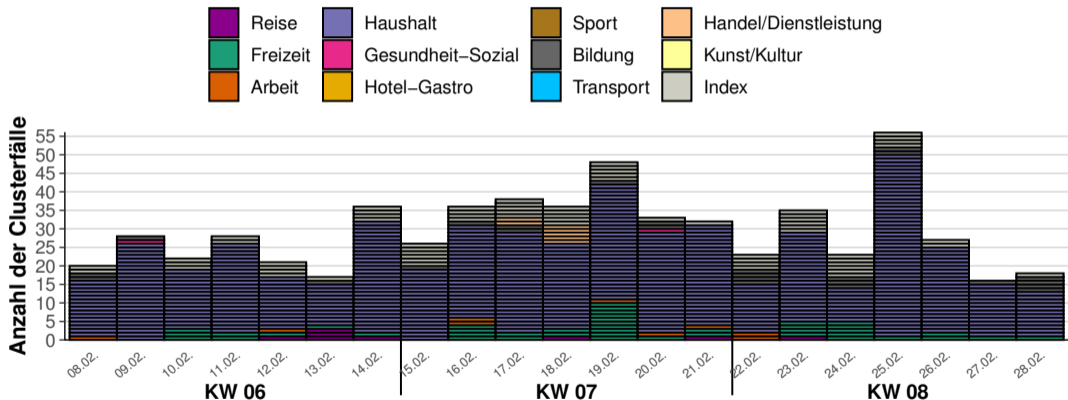
Oberösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



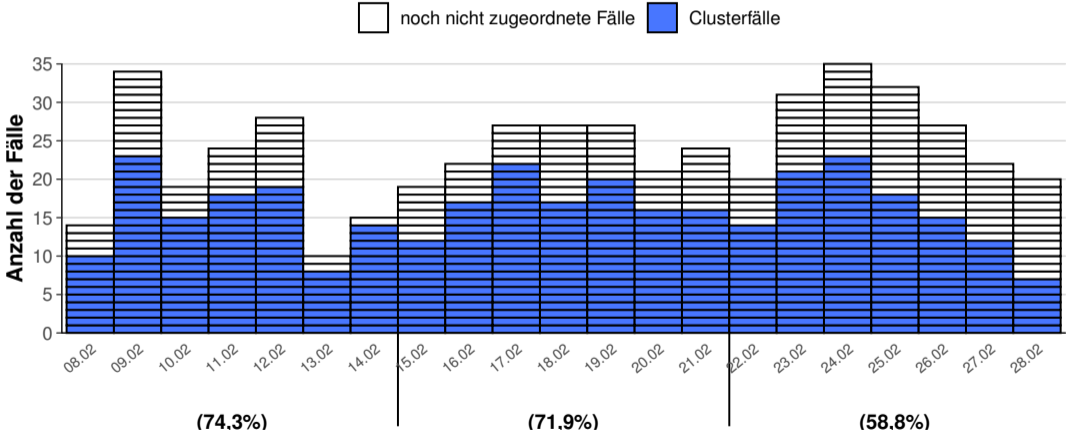
Oberösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



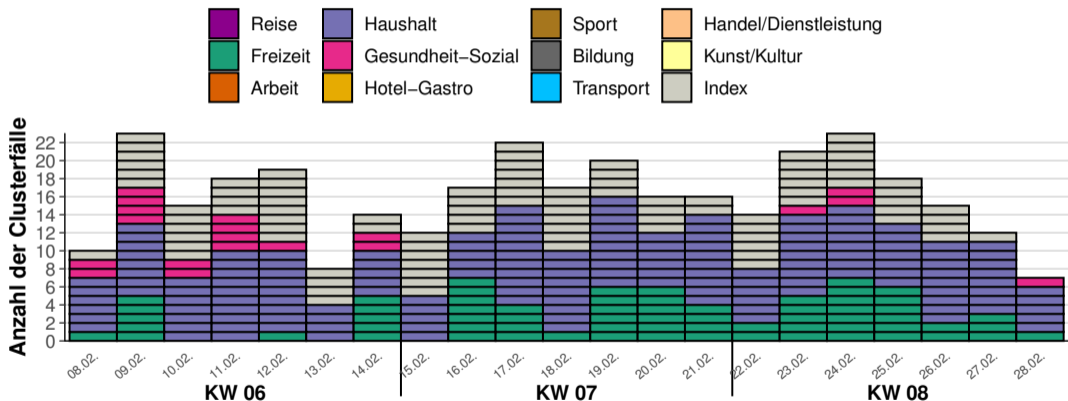
Oberösterreich: Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Zeitlicher Verlauf bis 03.03.2021

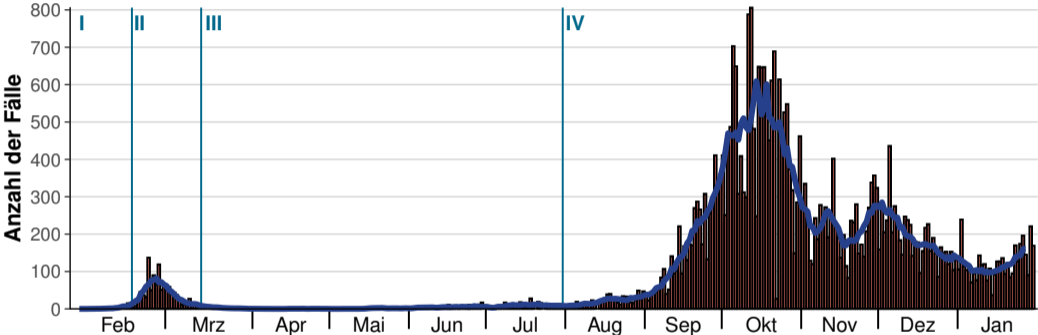


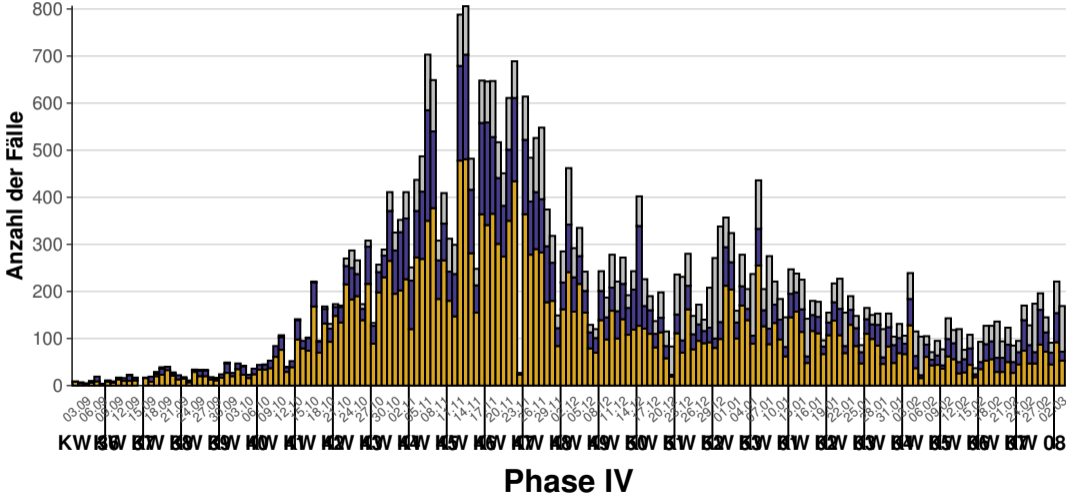
Abbildung 18: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Salzburg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

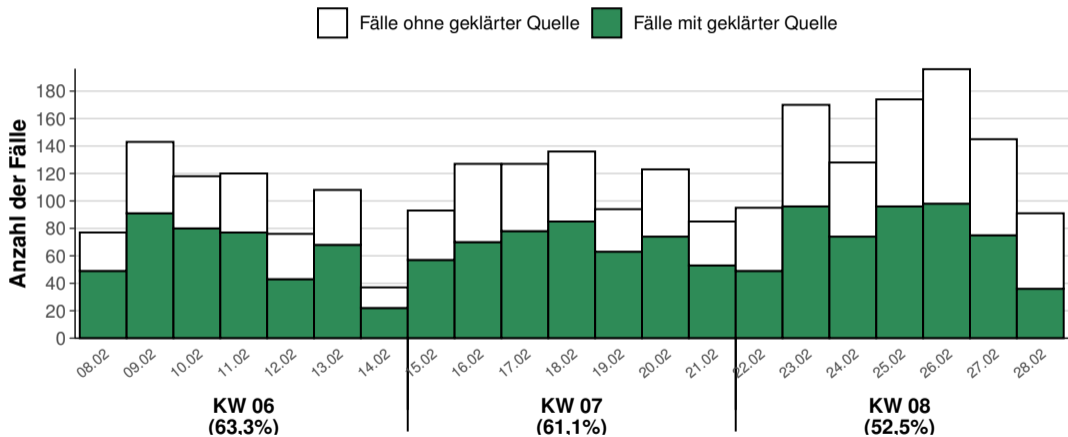
	03	04	05	06	07	08
Fälle ¹ Salzburg (N)	1.178	976	835	679	785	999
Anteil asymptomatisch	19,6%	23,7%	20,1%	25,2%	26,5%	29,4%
Fälle asymptomatisch (n)	231	231	168	171	208	294
Fälle ungeklärt ² (n)	384	339	280	249	305	475
Indexfälle ³ (n)	243	197	156	140	183	163
Anteil geklärt	67,4%	65,3%	66,5%	63,3%	61,1%	52,5%
Fälle geklärt ⁴ (n)	794	637	555	430	480	524
Clusterfälle ⁵ (n)	946	774	641	521	621	597
sporadisch importierte Fälle (n)	2	2	5	5	3	2
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	702	574	475	376	434	433
Haushalt	64,7%	63,2%	68,8%	76,1%	75,3%	85,2%
Freizeit	13,2%	10,8%	14,7%	13,6%	9,4%	7,2%
Gesundheit-Sozial	15,2%	13,4%	7,6%	2,9%	2,1%	0,9%
Arbeit	4,4%	9,4%	6,9%	5,6%	9,0%	4,4%
Hotel-Gastro	0,3%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%
Bildung	1,7%	2,8%	1,1%	1,3%	3,2%	2,3%
Transport	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,9%	0,0%
Haushalt (n)	454	363	327	286	327	369
Bildung (n)	12	16	5	5	14	10
Gesundheit-Sozial (n)	107	77	36	11	9	4
Reise (n)	0	0	1	0	4	0

Salzburg: Phase IV 01.09.2020 – 03.03.2021

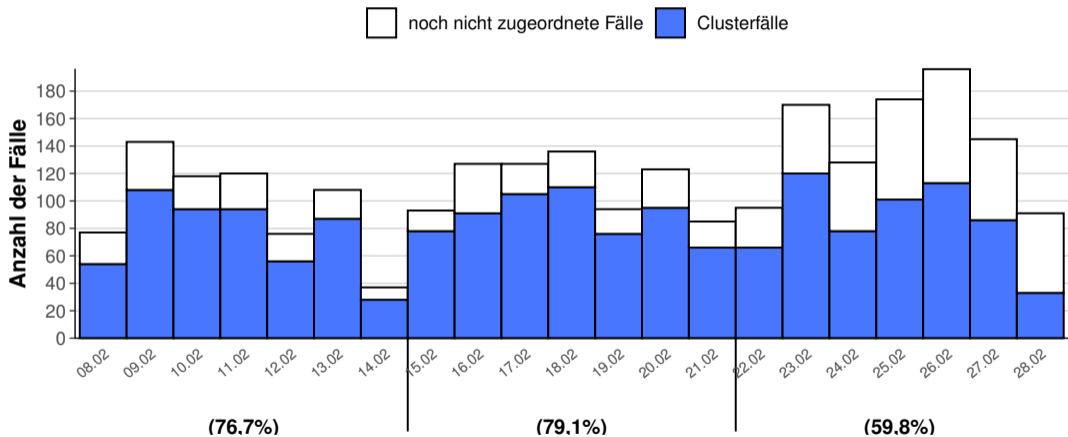
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



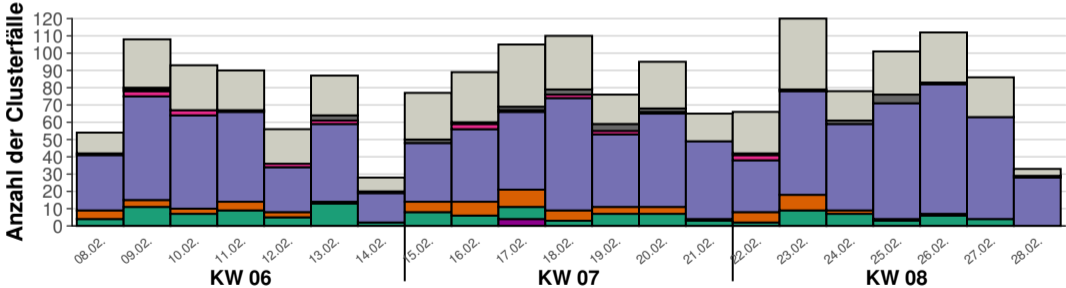
Salzburg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Epidemiologische Parameter I

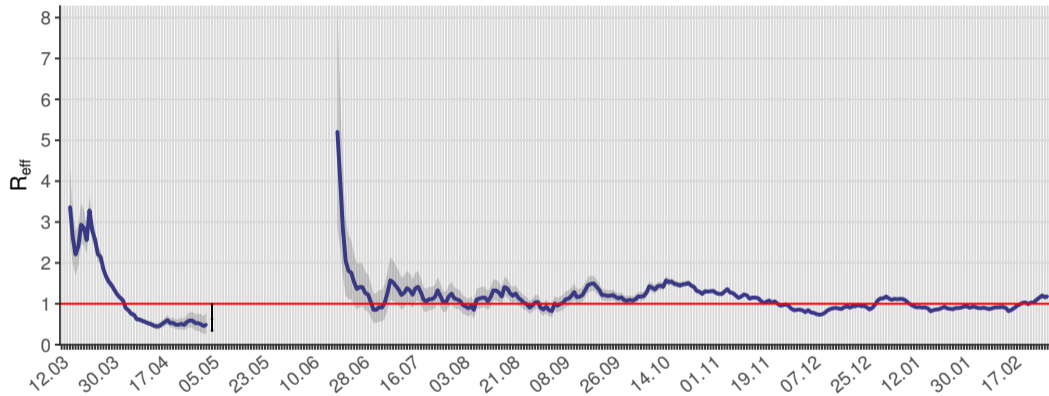


Abbildung 19: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 02.03. und 03.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Salzburg)

Salzburg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 17: Schätzwerte des R_{eff} vom 20.02. bis zum 01.03.. (Salzburg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
20.02	1,02	(0,97 - 1,08)
21.02	1,03	(0,98 - 1,09)
22.02	0,99	(0,94 - 1,05)
23.02	1,03	(0,98 - 1,08)
24.02	1,03	(0,98 - 1,09)
25.02	1,10	(1,04 - 1,15)
26.02	1,15	(1,09 - 1,21)
27.02	1,20	(1,14 - 1,26)
28.02	1,16	(1,11 - 1,22)
01.03	1,18	(1,13 - 1,24)

Salzburg: Altersverteilung II

Tabelle 18: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

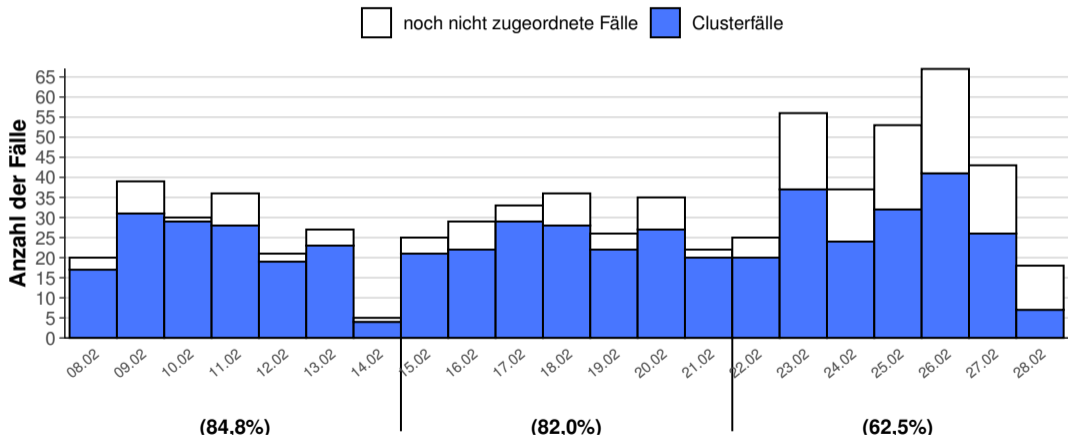
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 01	1.703	17	43.0	74
KW 02	1.306	18	46.1	78
KW 03	1.178	17	42.4	74
KW 04	976	16	42.4	73
KW 05	835	16	42.7	72
KW 06	679	15	40.7	72
KW 07	785	13	40.5	71
KW 08	999	12	38.1	63

Salzburg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 07, KW 08)

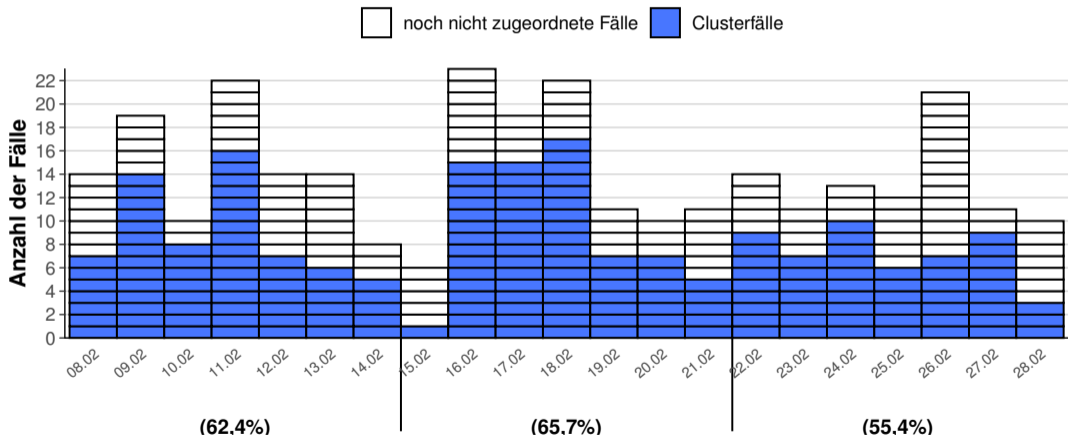
Tabelle 19: Verteilung der Infektionsfälle (KW 05 - KW 08 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 05							KW 06							KW 07							KW 08						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total							
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.									
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
<6	5	50,0	1	10,0	4	40,0	10	2	25,0	5	62,5	1	12,5	8	4	25,0	8	50,0	4	25,0	16	10	35,7	9	32,1	9	32,1	28
6-9	7	46,7	4	26,7	4	26,7	15	2	9,5	11	52,4	8	38,1	21	7	18,9	19	51,4	11	29,7	37	10	26,3	20	52,6	8	21,1	38
10-14	12	32,4	11	29,7	14	37,8	37	12	35,3	13	38,2	9	26,5	34	12	29,3	16	39,0	13	31,7	41	19	32,2	22	37,3	18	30,5	59
15-19	31	47,7	12	18,5	22	33,8	65	22	39,3	11	19,6	23	41,1	56	17	30,9	15	27,3	23	41,8	55	39	42,4	27	29,3	26	28,3	92
20-24	31	49,2	10	15,9	22	34,9	63	29	49,2	9	15,3	21	35,6	59	24	42,1	7	12,3	26	45,6	57	40	48,8	21	25,6	21	25,6	82
Total	86	45,3	38	20,0	66	34,7	190	67	37,6	49	27,5	62	34,8	178	64	31,1	65	31,6	77	37,4	206	118	39,5	99	33,1	82	27,4	299

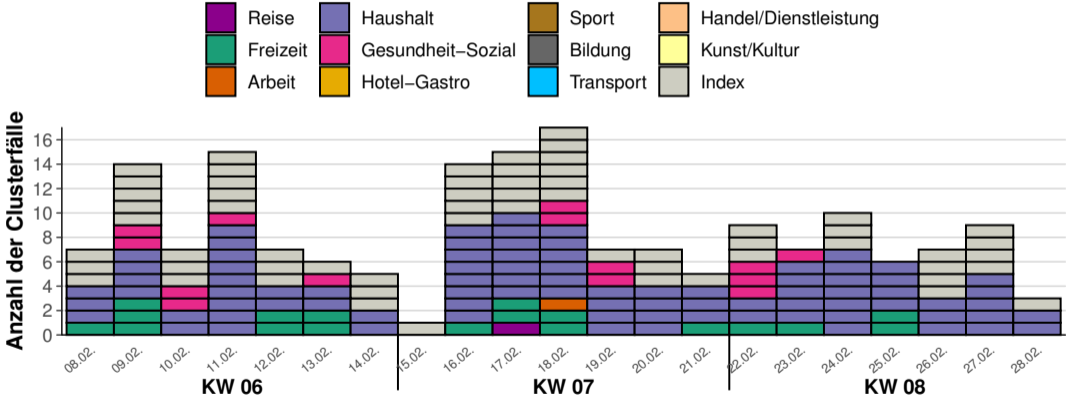
Salzburg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Zeitlicher Verlauf bis 03.03.2021

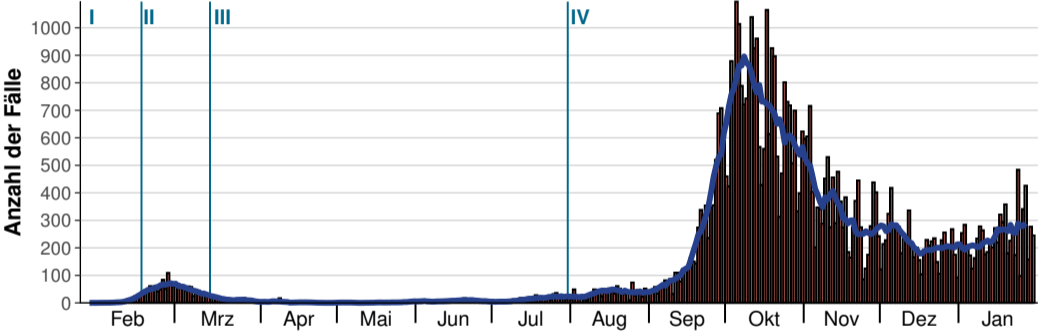


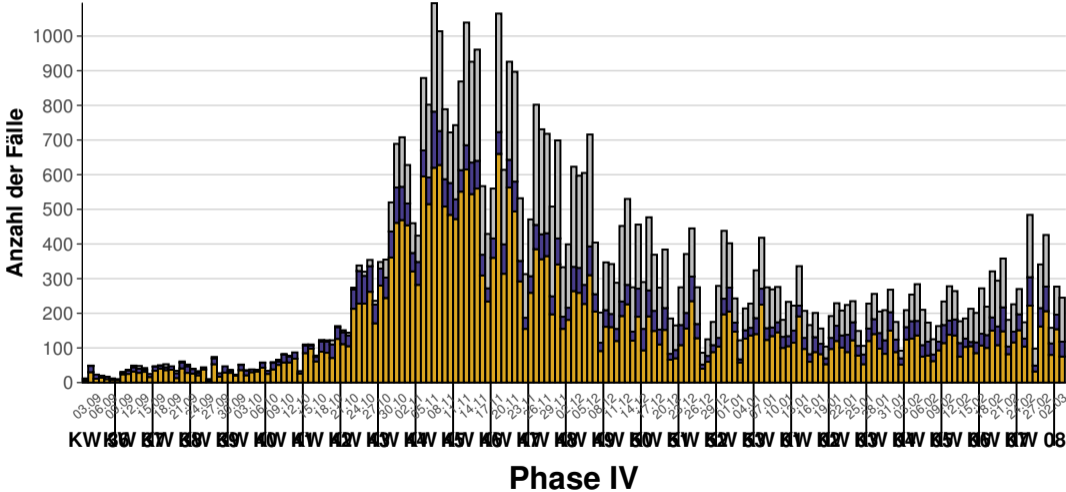
Abbildung 21: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Steiermark: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

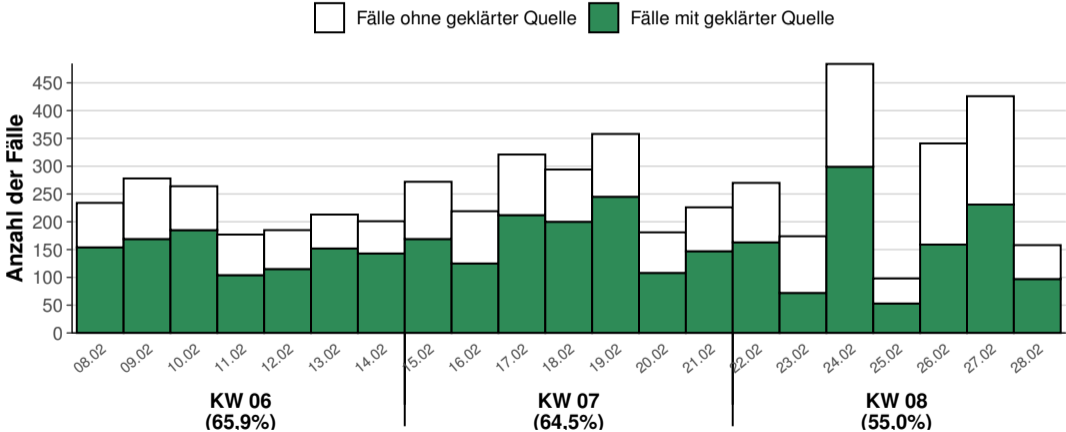
	03	04	05	06	07	08
Fälle ¹ Steiermark (N)	1.343	1.433	1.418	1.552	1.871	1.951
Anteil asymptomatisch	20,0%	18,8%	17,3%	15,8%	15,2%	16,7%
Fälle asymptomatisch (n)	269	270	245	245	285	325
Fälle ungeklärt ² (n)	536	548	513	530	665	877
Indexfälle ³ (n)	251	289	270	288	327	213
Anteil geklärt	60,1%	61,8%	63,8%	65,9%	64,5%	55,0%
Fälle geklärt ⁴ (n)	807	885	905	1.022	1.206	1.074
Clusterfälle ⁵ (n)	956	1.094	1.139	1.274	1.500	1.227
sporadisch importierte Fälle (n)	13	8	7	10	5	7
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	703	803	867	983	1.172	1.011
Haushalt	53,3%	62,6%	61,9%	59,7%	62,5%	68,3%
Freizeit	9,4%	12,2%	13,0%	15,4%	13,3%	13,7%
Gesundheit-Sozial	24,6%	16,3%	13,3%	8,5%	4,4%	3,2%
Arbeit	5,3%	6,0%	7,8%	13,2%	14,7%	8,9%
Hotel-Gastro	0,3%	0,4%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Bildung	5,4%	1,2%	2,4%	1,3%	3,7%	4,1%
Transport	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%	0,1%
Reise	0,7%	0,7%	0,7%	0,1%	0,3%	0,4%
Haushalt (n)	375	503	537	587	733	691
Bildung (n)	38	10	21	13	43	41
Gesundheit-Sozial (n)	173	131	115	84	51	32
Reise (n)	5	6	6	1	4	4

Steiermark: Phase IV 01.09.2020 – 03.03.2021

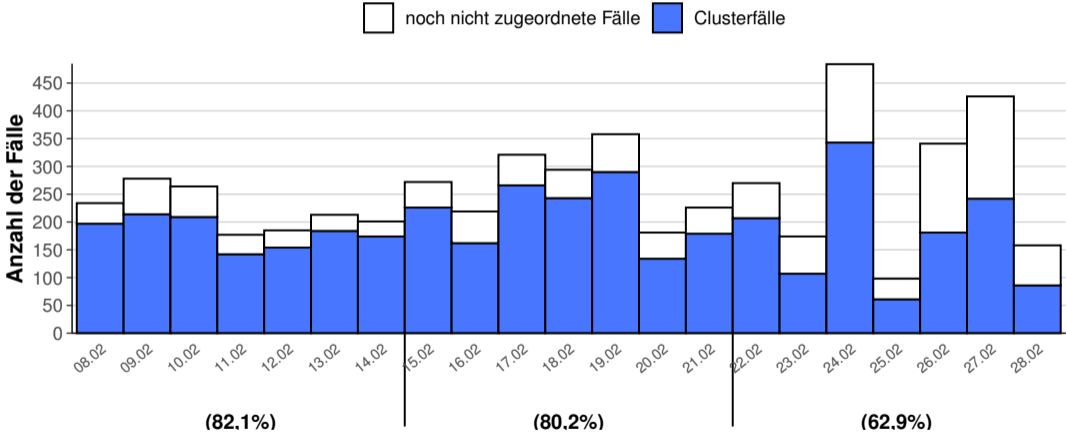
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



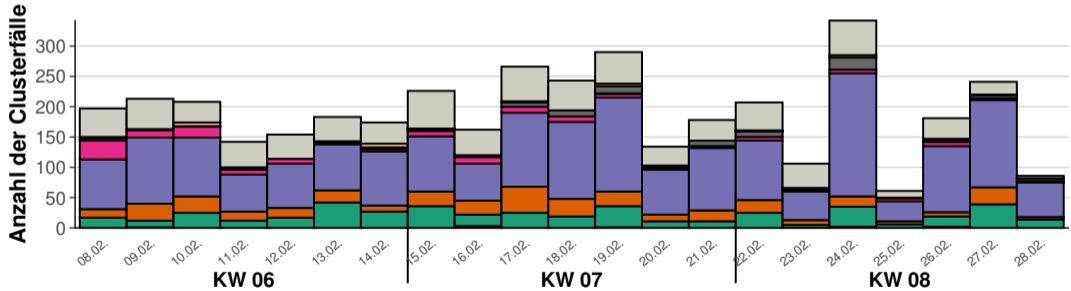
Steiermark: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Epidemiologische Parameter I

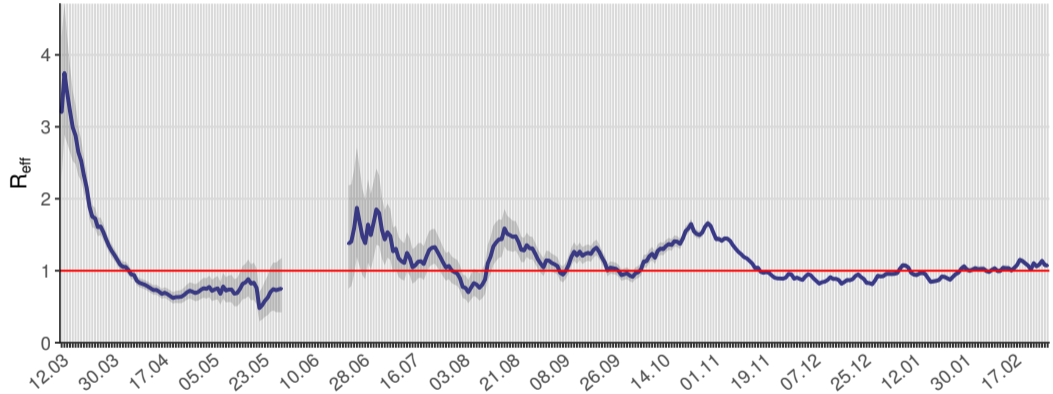


Abbildung 22: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 02.03. und 03.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Steiermark)

Steiermark: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 20: Schätzwerte des R_{eff} vom 20.02. bis zum 01.03.. (Steiermark)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
20.02	1,13	(1,10 - 1,17)
21.02	1,10	(1,06 - 1,14)
22.02	1,07	(1,03 - 1,11)
23.02	1,02	(0,98 - 1,05)
24.02	1,10	(1,07 - 1,14)
25.02	1,06	(1,03 - 1,10)
26.02	1,09	(1,05 - 1,12)
27.02	1,14	(1,10 - 1,17)
28.02	1,08	(1,04 - 1,11)
01.03	1,07	(1,04 - 1,11)

Steiermark: Altersverteilung II

Tabelle 21: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

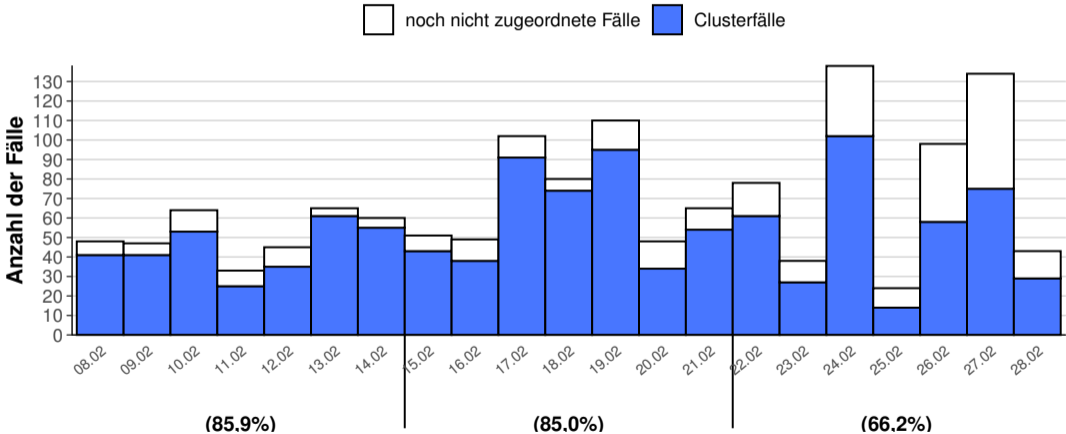
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 01	1.976	21.0	47.3	80.0
KW 02	1.392	20.1	49.0	81.9
KW 03	1.343	19.0	46.7	80.0
KW 04	1.433	18.0	46.0	79.0
KW 05	1.418	14.0	45.2	78.0
KW 06	1.552	15.0	42.7	74.0
KW 07	1.871	12.0	39.9	68.0
KW 08	1.951	10.0	39.8	69.0

Steiermark: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 07, KW 08)

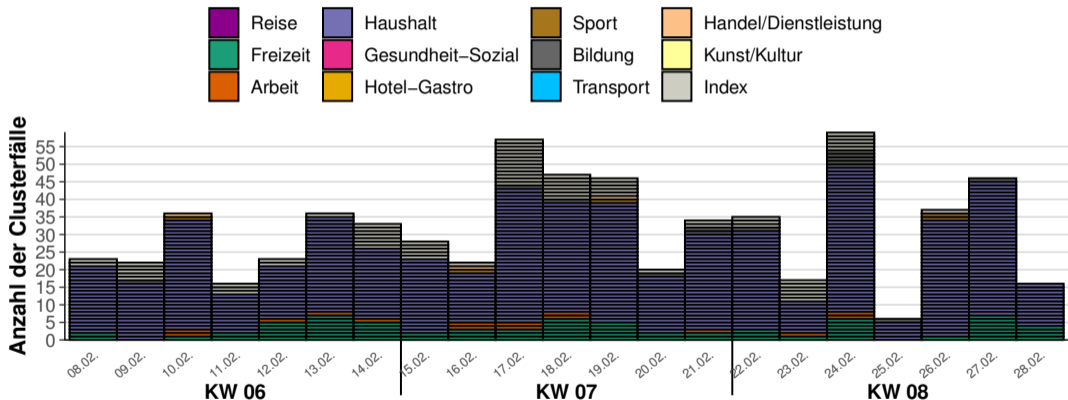
Tabelle 22: Verteilung der Infektionsfälle (KW 05 - KW 08 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 05							KW 06							KW 07							KW 08						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	11	30,6	17	47,2	8	22,2	36	14	35,0	13	32,5	13	32,5	40	22	29,7	13	17,6	39	52,7	74	32	31,1	34	33,0	37	35,9	103
6-9	22	40,0	17	30,9	16	29,1	55	15	27,3	23	41,8	17	30,9	55	11	16,2	23	33,8	34	50,0	68	26	32,9	29	36,7	24	30,4	79
10-14	23	41,8	20	36,4	12	21,8	55	19	35,2	12	22,2	23	42,6	54	23	26,1	21	23,9	44	50,0	88	33	33,0	21	21,0	46	46,0	100
15-19	33	47,8	11	15,9	25	36,2	69	46	47,4	18	18,6	33	34,0	97	65	48,5	22	16,4	47	35,1	134	71	55,0	18	14,0	40	31,0	129
20-24	41	56,9	5	6,9	26	36,1	72	53	45,7	17	14,7	46	39,7	116	67	47,5	14	9,9	60	42,6	141	67	47,2	9	6,3	66	46,5	142
Total	130	45,3	70	24,4	87	30,3	287	147	40,6	83	22,9	132	36,5	362	188	37,2	93	18,4	224	44,4	505	229	41,4	111	20,1	213	38,5	553

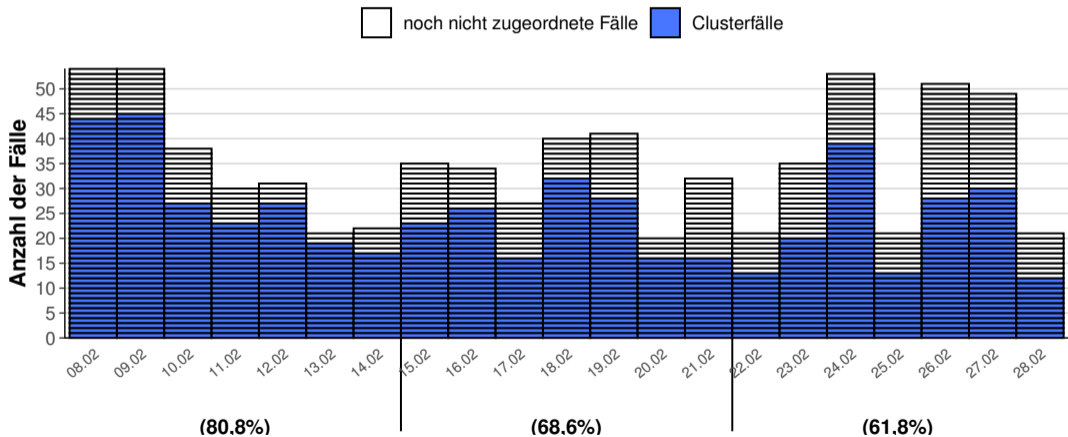
Steiermark: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



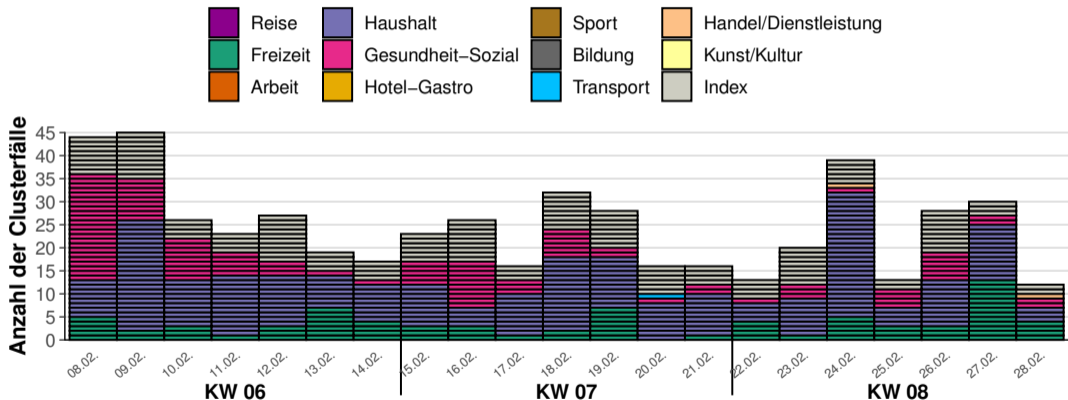
Steiermark: Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Zeitlicher Verlauf bis 03.03.2021

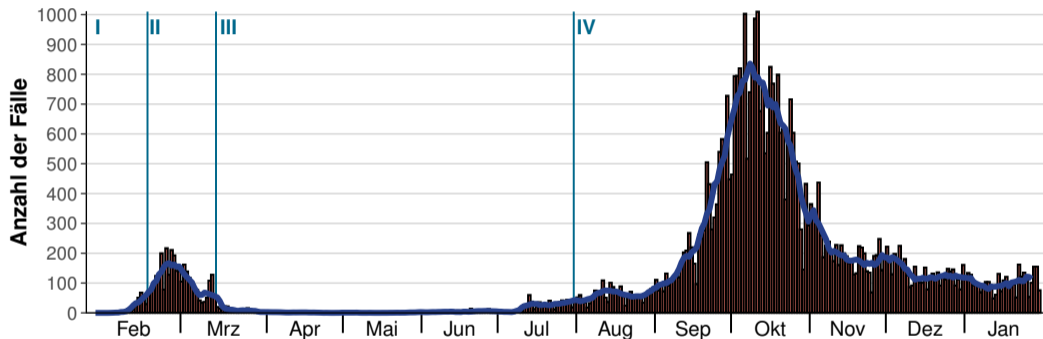


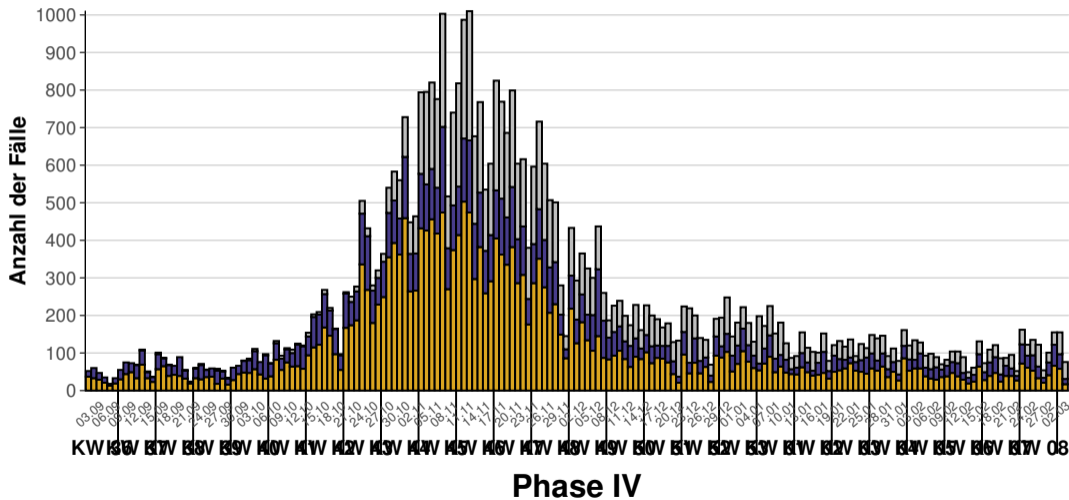
Abbildung 24: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Tirol: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

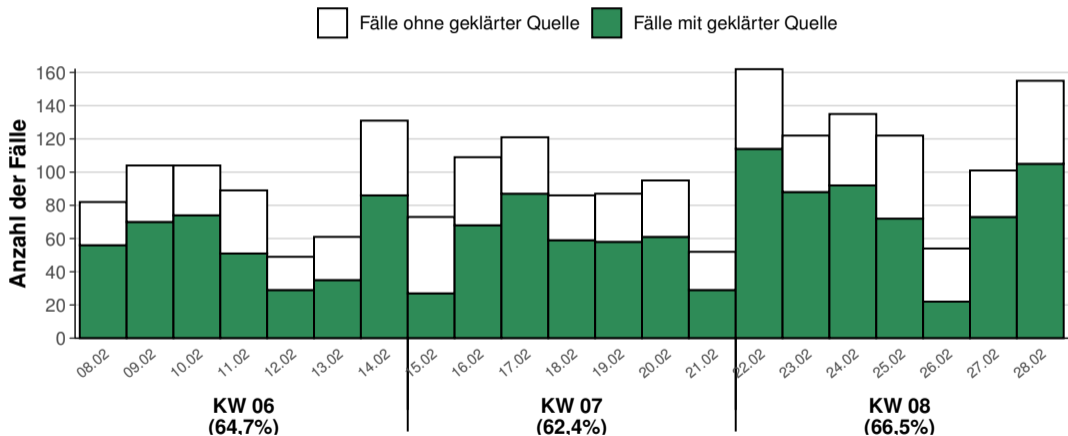
	03	04	05	06	07	08
Fälle ¹ Tirol (N)	835	877	732	620	623	851
Anteil asymptomatisch	24,9%	22,6%	26,5%	28,4%	28,4%	30,3%
Fälle asymptomatisch (n)	208	198	194	176	177	258
Fälle ungeklärt ² (n)	317	328	256	219	234	285
Indexfälle ³ (n)	166	183	126	119	136	113
Anteil geklärt	62,0%	62,6%	65,0%	64,7%	62,4%	66,5%
Fälle geklärt ⁴ (n)	518	549	476	401	389	566
Clusterfälle ⁵ (n)	616	661	535	478	472	609
sporadisch importierte Fälle (n)	9	5	10	4	10	5
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	450	475	407	359	335	494
Haushalt	61,1%	60,8%	65,4%	61,8%	65,7%	66,2%
Freizeit	22,2%	22,1%	20,4%	20,6%	22,4%	21,9%
Gesundheit-Sozial	11,3%	11,4%	11,8%	3,1%	0,9%	0,4%
Arbeit	2,7%	2,7%	1,2%	12,3%	6,3%	3,2%
Hotel-Gastro	0,4%	0,2%	0,0%	0,3%	0,9%	1,6%
Bildung	1,1%	1,1%	1,2%	0,8%	3,0%	5,7%
Transport	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	0,4%	1,1%	0,0%	1,1%	0,6%	0,8%
Haushalt (n)	275	289	266	222	220	327
Bildung (n)	5	5	5	3	10	28
Gesundheit-Sozial (n)	51	54	48	11	3	2
Reise (n)	2	5	0	4	2	4

Tirol: Phase IV 01.09.2020 – 03.03.2021

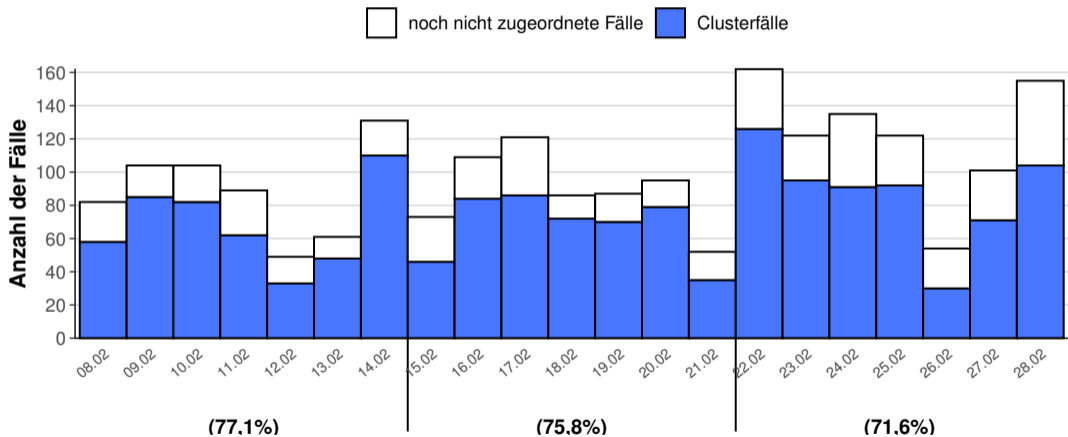
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Tirol: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Epidemiologische Parameter I

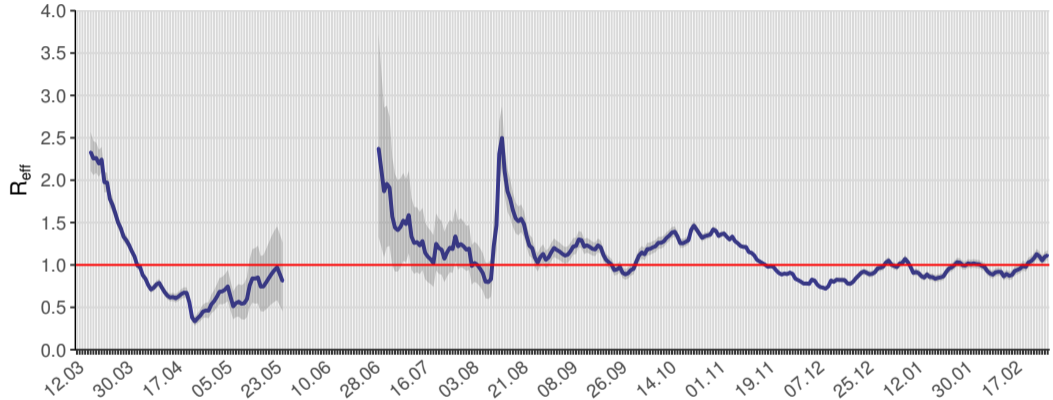


Abbildung 25: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 02.03. und 03.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Tirol)

Tirol: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 23: Schätzwerte des R_{eff} vom 20.02. bis zum 01.03.. (Tirol)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
20.02	0,99	(0,94 - 1,05)
21.02	0,98	(0,92 - 1,03)
22.02	1,03	(0,97 - 1,09)
23.02	1,05	(0,99 - 1,10)
24.02	1,08	(1,02 - 1,14)
25.02	1,13	(1,07 - 1,19)
26.02	1,10	(1,04 - 1,16)
27.02	1,05	(1,00 - 1,11)
28.02	1,10	(1,04 - 1,16)
01.03	1,11	(1,06 - 1,17)

Tirol: Altersverteilung II

Tabelle 24: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

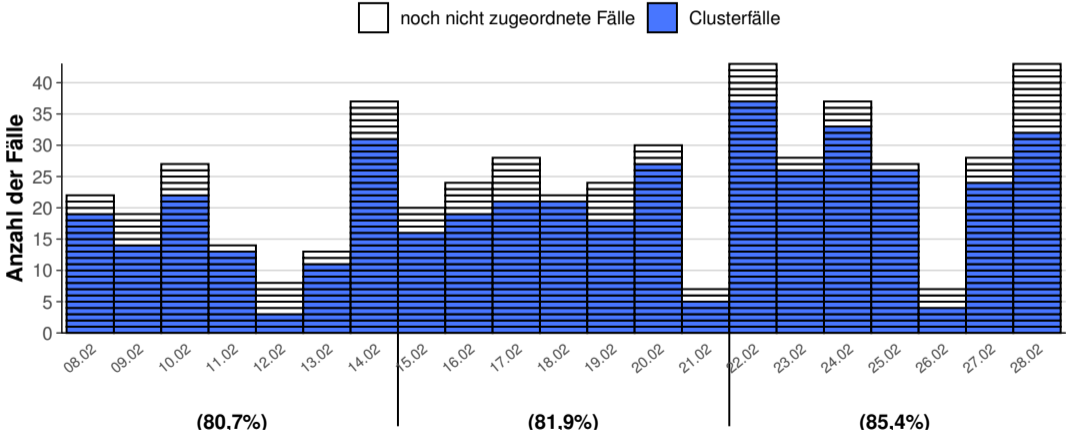
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 01	1.141	16	42.6	71.0
KW 02	796	19	44.8	76.0
KW 03	835	18	44.3	72.0
KW 04	877	16	42.5	72.0
KW 05	732	18	42.5	70.0
KW 06	620	16	42.2	70.0
KW 07	623	13	40.0	67.8
KW 08	851	9	40.5	68.0

Tirol: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 07, KW 08)

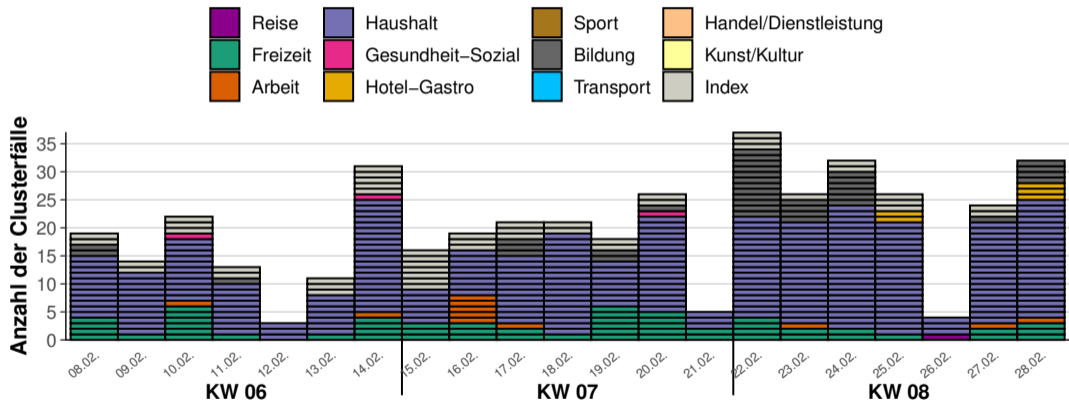
Tabelle 25: Verteilung der Infektionsfälle (KW 05 - KW 08 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 05							KW 06							KW 07							KW 08						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	5	33,3	4	26,7	6	40,0	15	2	18,2	4	36,4	5	45,5	11	6	28,6	7	33,3	8	38,1	21	13	40,6	14	43,8	5	15,6	32
6-9	2	15,4	4	30,8	7	53,8	13	7	43,8	7	43,8	2	12,5	16	5	21,7	11	47,8	7	30,4	23	21	38,9	22	40,7	11	20,4	54
10-14	10	41,7	7	29,2	7	29,2	24	8	28,6	14	50,0	6	21,4	28	9	32,1	11	39,3	8	28,6	28	9	27,3	12	36,4	12	36,4	33
15-19	13	35,1	9	24,3	15	40,5	37	11	36,7	6	20,0	13	43,3	30	11	33,3	6	18,2	16	48,5	33	13	32,5	9	22,5	18	45,0	40
20-24	29	51,8	11	19,6	16	28,6	56	28	50,9	8	14,5	19	34,5	55	14	28,0	16	32,0	20	40,0	50	27	50,0	13	24,1	14	25,9	54
Total	59	40,7	35	24,1	51	35,2	145	56	40,0	39	27,9	45	32,1	140	45	29,0	51	32,9	59	38,1	155	83	39,0	70	32,9	60	28,2	213

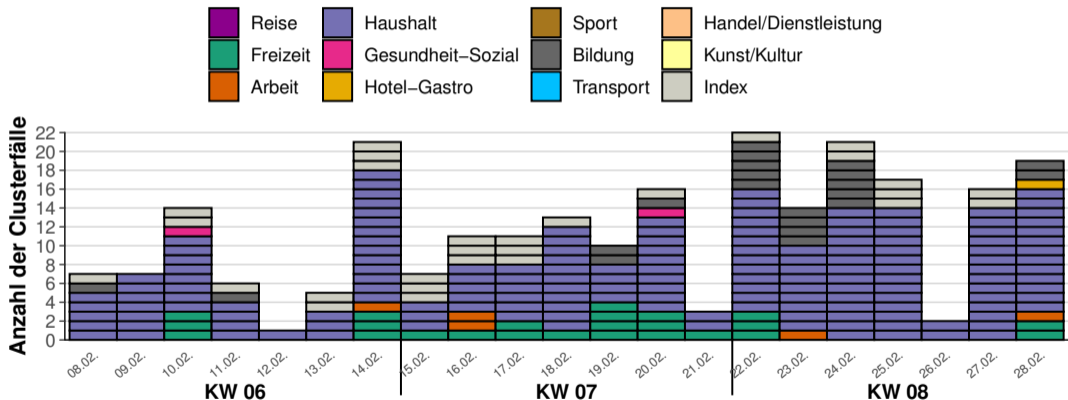
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



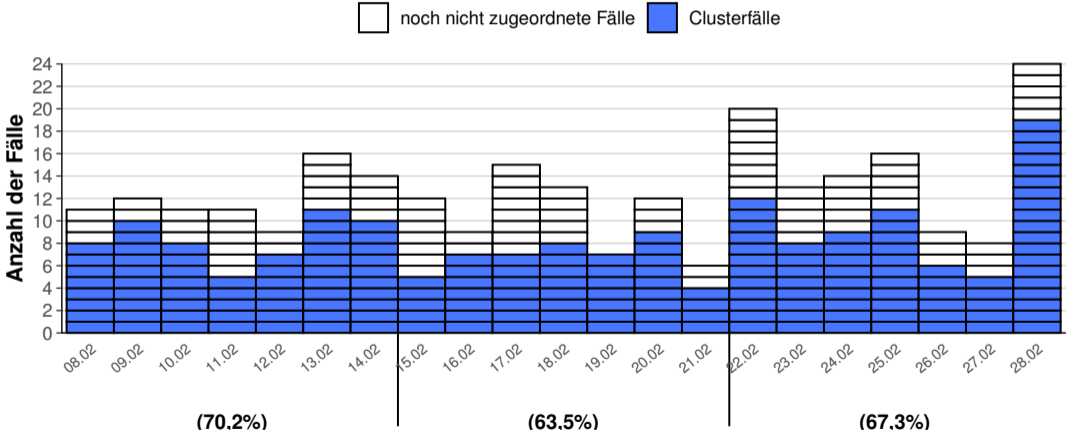
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



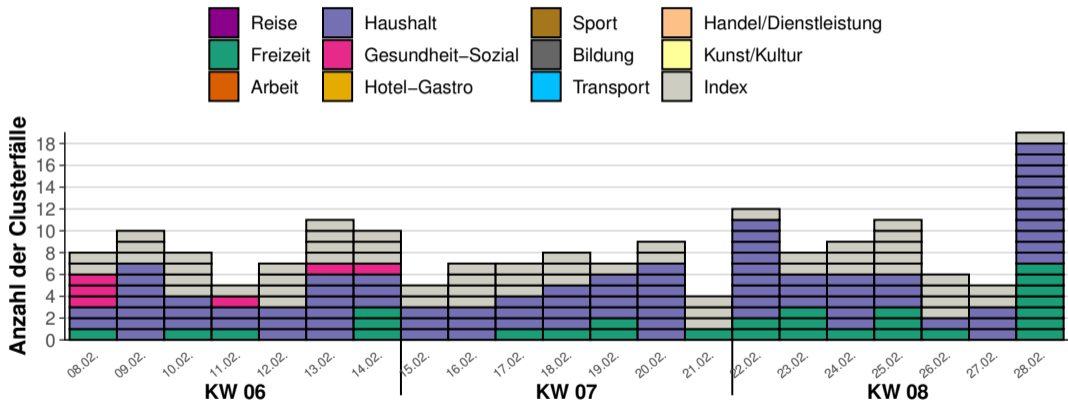
Tirol: Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Zeitlicher Verlauf bis 03.03.2021

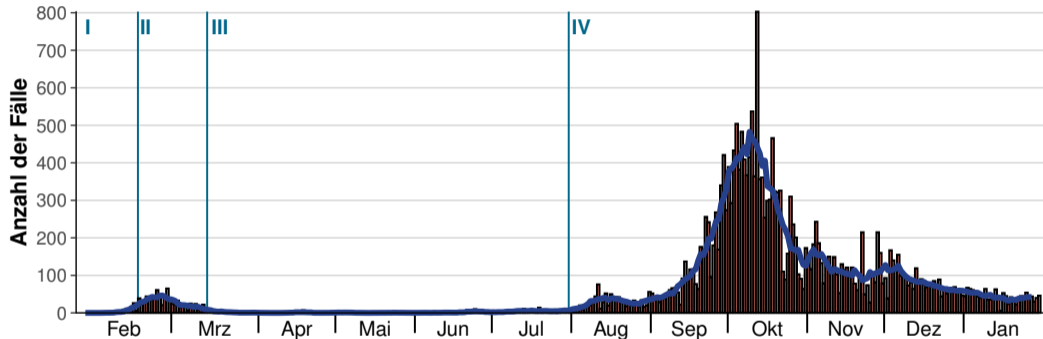


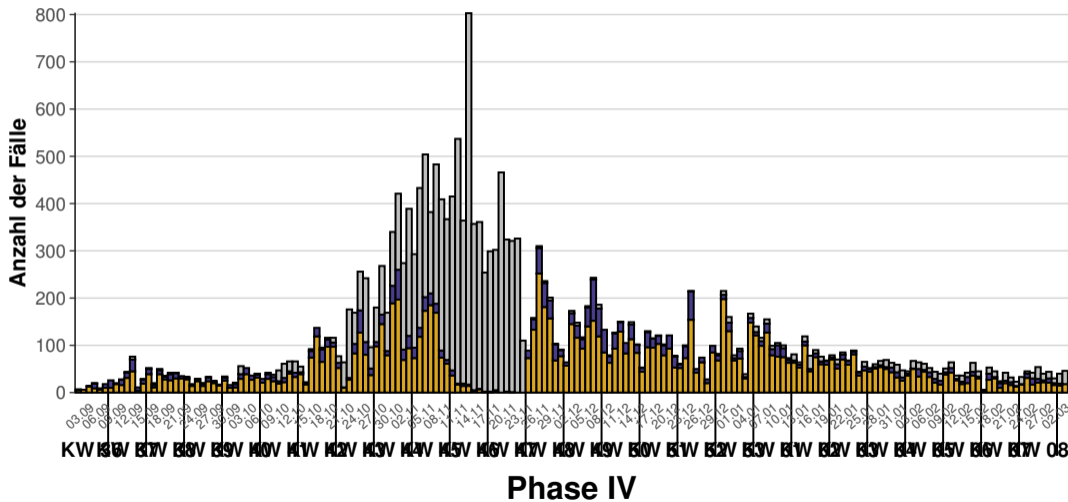
Abbildung 27: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Vorarlberg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

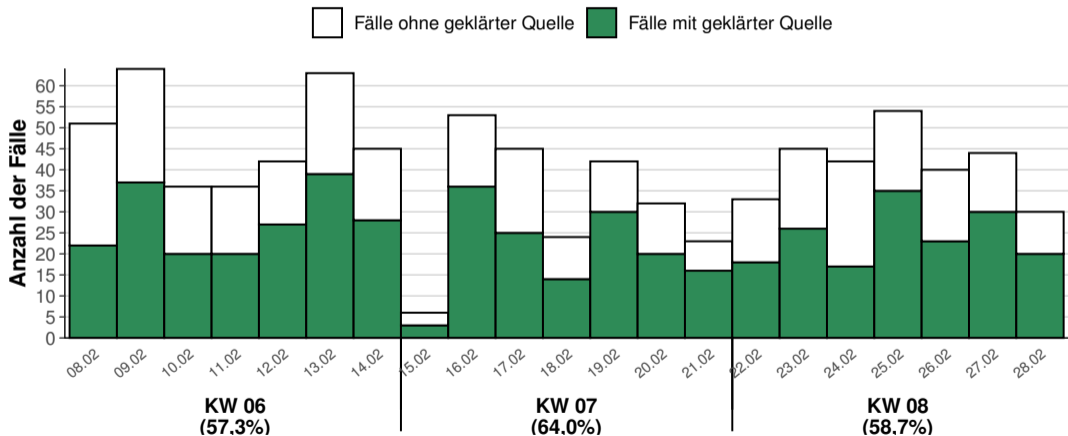
	03	04	05	06	07	08
Fälle ¹ Vorarlberg (N)	500	417	373	337	225	288
Anteil asymptomatisch	10,4%	10,8%	13,7%	14,8%	17,3%	16,7%
Fälle asymptomatisch (n)	52	45	51	50	39	48
Fälle ungeklärt ² (n)	213	158	155	144	81	119
Indexfälle ³ (n)	95	80	71	56	34	43
Anteil geklärt	57,4%	62,1%	58,4%	57,3%	64,0%	58,7%
Fälle geklärt ⁴ (n)	287	259	218	193	144	169
Clusterfälle ⁵ (n)	358	319	278	238	166	192
sporadisch importierte Fälle (n)	10	2	2	6	5	2
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	262	239	207	182	132	148
Haushalt	71,8%	65,3%	60,4%	64,3%	68,2%	71,6%
Freizeit	14,1%	15,5%	16,4%	17,0%	16,7%	16,9%
Gesundheit-Sozial	8,4%	5,4%	5,8%	6,0%	6,8%	3,4%
Arbeit	1,5%	8,4%	11,6%	8,2%	5,3%	7,4%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	0,4%	0,4%	1,4%	1,6%	1,5%	0,7%
Transport	0,0%	0,4%	1,9%	2,2%	0,8%	0,0%
Reise	1,9%	2,1%	0,5%	0,5%	0,8%	0,0%
Haushalt (n)	188	156	125	117	90	106
Bildung (n)	1	1	3	3	2	1
Gesundheit-Sozial (n)	22	13	12	11	9	5
Reise (n)	5	5	1	1	1	0

Vorarlberg: Phase IV 01.09.2020 – 03.03.2021

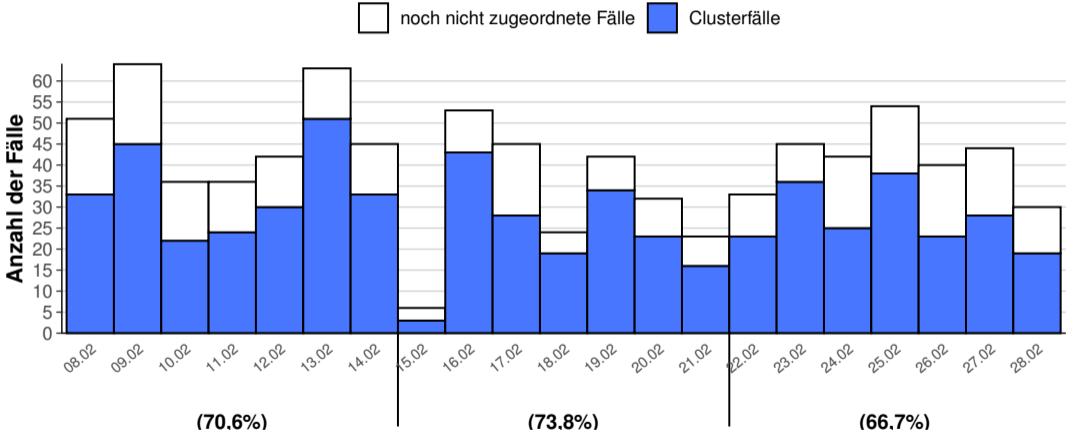
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



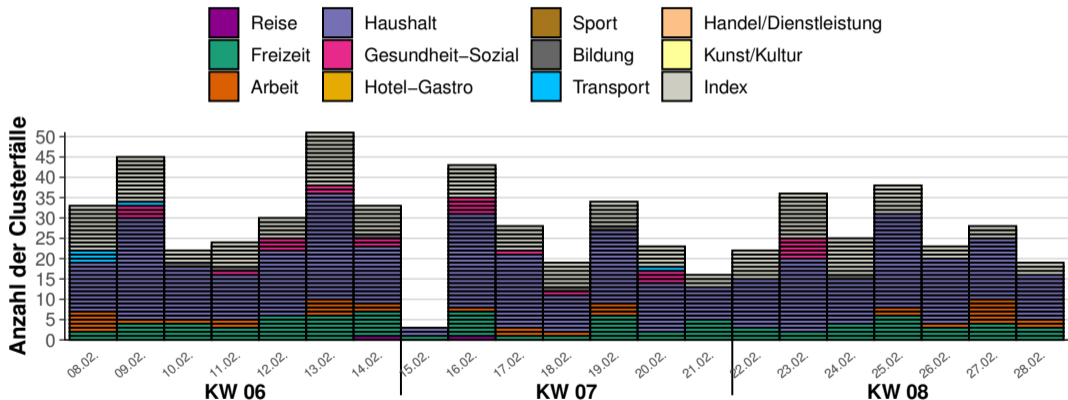
Vorarlberg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Epidemiologische Parameter I

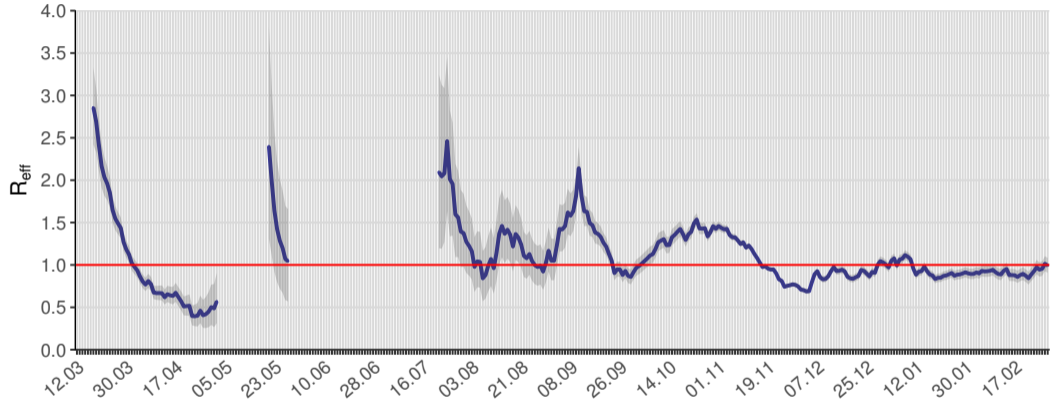


Abbildung 28: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 02.03. und 03.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Vorarlberg)

Vorarlberg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 26: Schätzwerte des R_{eff} vom 20.02. bis zum 01.03.. (Vorarlberg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
20.02	0,89	(0,82 - 0,97)
21.02	0,87	(0,80 - 0,95)
22.02	0,84	(0,77 - 0,92)
23.02	0,89	(0,81 - 0,97)
24.02	0,93	(0,85 - 1,01)
25.02	0,97	(0,89 - 1,06)
26.02	0,94	(0,86 - 1,03)
27.02	0,95	(0,87 - 1,04)
28.02	1,01	(0,93 - 1,10)
01.03	0,99	(0,91 - 1,08)

Vorarlberg: Altersverteilung II

Tabelle 27: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

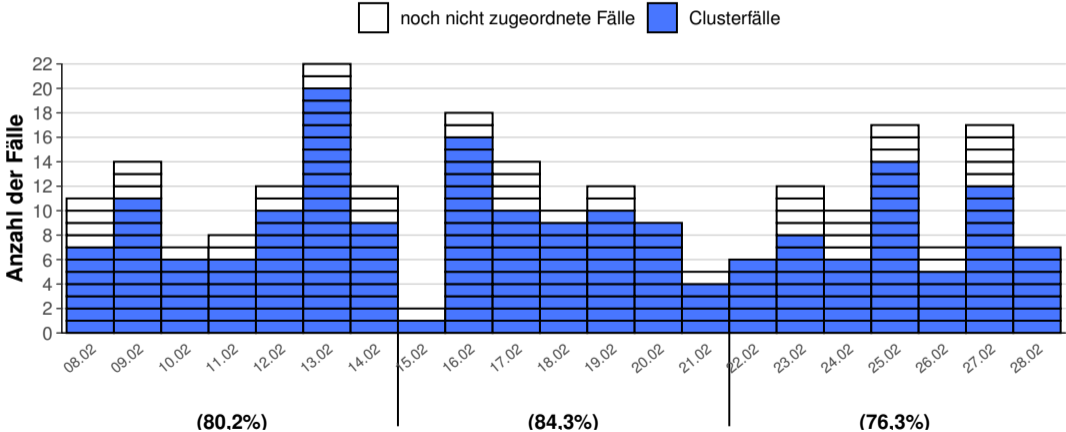
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 01	788	18	41.8	67.0
KW 02	576	18	43.2	70.5
KW 03	500	16	43.2	70.0
KW 04	417	16	41.7	69.0
KW 05	373	16	38.9	63.0
KW 06	337	12	42.1	69.0
KW 07	225	9	38.4	67.6
KW 08	288	10	40.0	71.3

Vorarlberg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 07, KW 08)

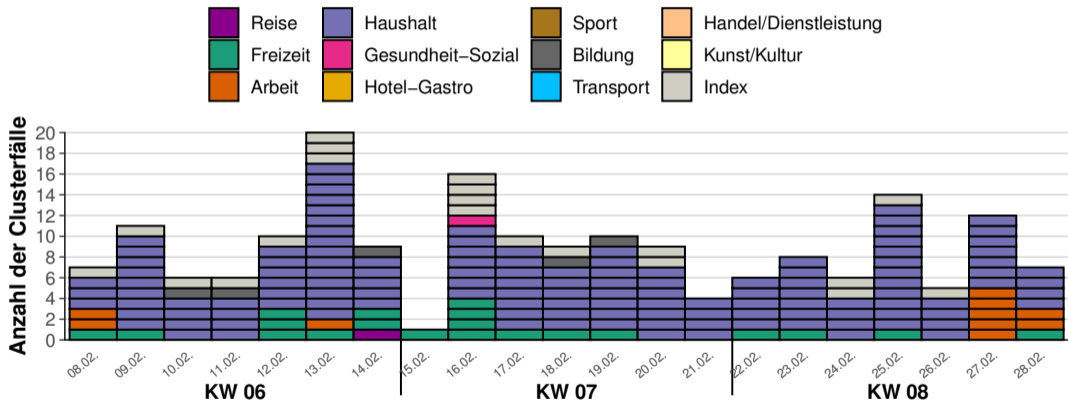
Tabelle 28: Verteilung der Infektionsfälle (KW 05 - KW 08 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 05							KW 06							KW 07							KW 08							
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<6	5	71,4	0	0,0	2	28,6	7	8	80,0	2	20,0	0	0,0	10	5	62,5	0	0,0	3	37,5	8	8	53,3	3	20,0	4	26,7	15	
6-9	7	50,0	3	21,4	4	28,6	14	5	45,5	2	18,2	4	36,4	11	7	41,2	6	35,3	4	23,5	17	2	18,2	4	36,4	5	45,5	11	
10-14	6	54,5	2	18,2	3	27,3	11	16	84,2	0	0,0	3	15,8	19	10	71,4	4	28,6	0	0,0	14	3	21,4	3	21,4	8	57,1	14	
15-19	17	63,0	3	11,1	7	25,9	27	13	54,2	5	20,8	6	25,0	24	9	75,0	2	16,7	1	8,3	12	7	38,9	2	11,1	9	50,0	18	
20-24	30	68,2	7	15,9	7	15,9	44	14	63,6	4	18,2	4	18,2	22	10	52,6	3	15,8	6	31,6	19	5	27,8	4	22,2	9	50,0	18	
Total	65	63,1	15	14,6	23	22,3	103	56	65,1	13	15,1	17	19,8	86	41	58,6	15	21,4	14	20,0	70	25	32,9	16	21,1	35	46,1	76	

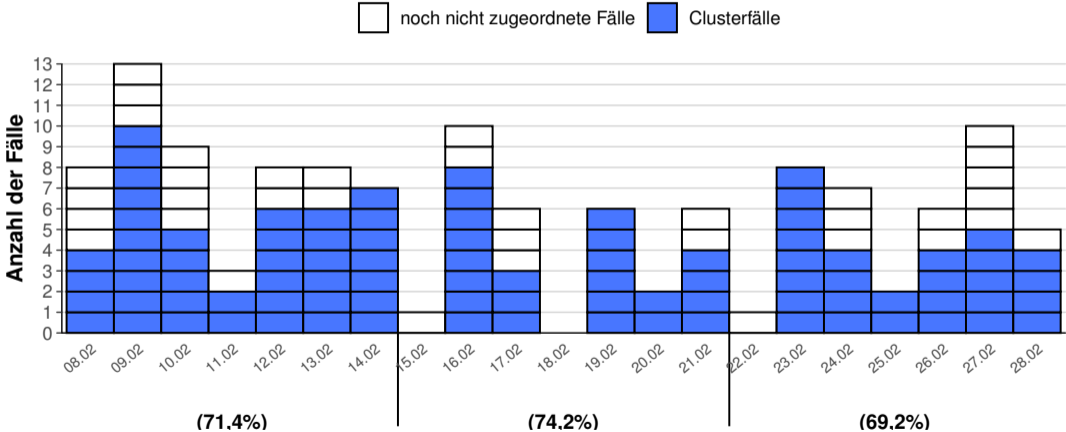
Vorarlberg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Wien: Zeitlicher Verlauf bis 03.03.2021

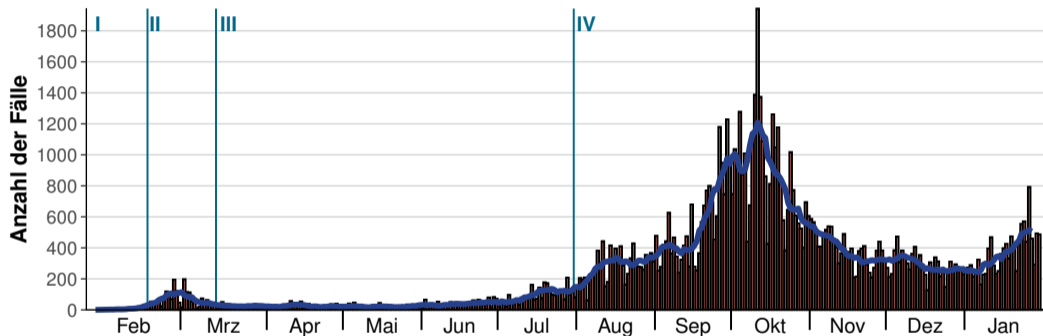


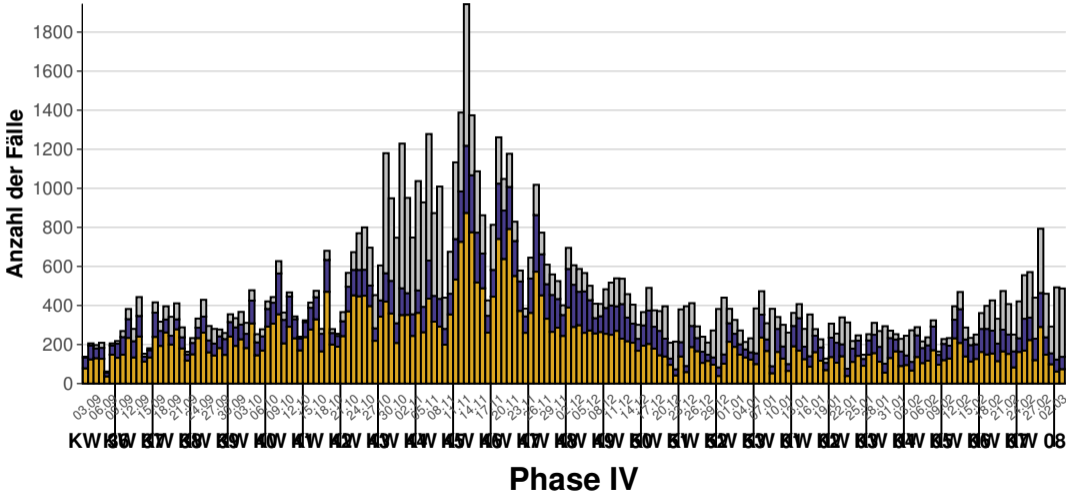
Abbildung 30: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Wien: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	03	04	05	06	07	08
Fälle ¹ Wien (N)	1.828	1.880	1.748	2.098	2.649	3.532
Anteil asymptomatisch	26,3%	28,0%	30,4%	31,6%	28,2%	22,0%
Fälle asymptomatisch (n)	480	526	531	663	748	777
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.088	1.147	1.140	1.363	1.671	1.977
Haushalt	61,3%	61,0%	68,5%	74,1%	70,8%	70,0%
Gesundheit-Sozial	28,2%	27,7%	14,5%	8,3%	6,2%	4,4%
Arbeit	4,1%	4,8%	7,7%	7,4%	5,7%	5,7%
Bildung	1,8%	1,8%	3,4%	3,5%	10,3%	14,6%
Freizeit	4,6%	4,7%	5,0%	5,7%	6,2%	5,3%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,6%	0,5%	0,4%	0,0%
Reise	0,0%	0,0%	0,3%	0,5%	0,4%	0,0%

Wien: Phase IV 01.09.2020 – 03.03.2021

Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Wien: Epidemiologische Parameter I

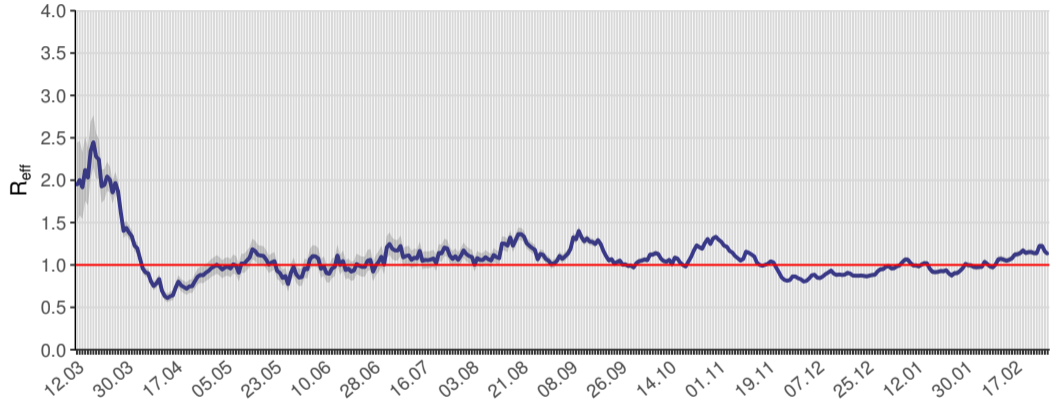


Abbildung 31: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 02.03. und 03.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Wien)

Wien: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 29: Schätzwerte des R_{eff} vom 20.02. bis zum 01.03.. (Wien)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
20.02	1,17	(1,14 - 1,21)
21.02	1,14	(1,11 - 1,17)
22.02	1,15	(1,12 - 1,18)
23.02	1,15	(1,12 - 1,18)
24.02	1,14	(1,11 - 1,17)
25.02	1,14	(1,11 - 1,17)
26.02	1,22	(1,19 - 1,26)
27.02	1,22	(1,19 - 1,26)
28.02	1,16	(1,13 - 1,19)
01.03	1,13	(1,10 - 1,16)

Wien: Altersverteilung II

Tabelle 30: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 01	2.453	21.0	48.1	83
KW 02	2.037	19.0	47.4	83
KW 03	1.828	18.0	46.6	82
KW 04	1.880	16.0	43.8	79
KW 05	1.748	16.7	42.2	74
KW 06	2.098	12.0	39.0	67
KW 07	2.649	10.0	37.6	67
KW 08	3.532	9.0	36.5	64

Wien: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 07, KW 08)

Tabelle 31: Verteilung der Infektionsfälle (KW 05 - KW 08 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 05							KW 06							KW 07							KW 08							
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<6	20	41,7	15	31,2	13	27,1	48	25	45,5	27	49,1	3	5,5	55	55	43,0	41	32,0	32	25,0	128	43	32,6	31	23,5	58	43,9	132	
6-9	13	37,1	17	48,6	5	14,3	35	38	40,9	41	44,1	14	15,1	93	43	32,6	44	33,3	45	34,1	132	67	29,8	59	26,2	99	44,0	225	
10-14	20	33,3	23	38,3	17	28,3	60	55	43,3	52	40,9	20	15,7	127	40	27,8	51	35,4	53	36,8	144	52	24,8	59	28,1	99	47,1	210	
15-19	39	42,4	23	25,0	30	32,6	92	77	53,1	49	33,8	19	13,1	145	55	30,9	47	26,4	76	42,7	178	69	26,4	64	24,5	128	49,0	261	
20-24	71	46,7	36	23,7	45	29,6	152	82	53,6	39	25,5	32	20,9	153	68	33,5	53	26,1	82	40,4	203	72	28,1	60	23,4	124	48,4	256	
Total	163	42,1	114	29,5	110	28,4	387	277	48,3	208	36,3	88	15,4	573	261	33,2	236	30,1	288	36,7	785	303	28,0	273	25,2	508	46,9	1084	

Monitoring der COVID-19 Schutzmaßnahmen

Kurzbericht vom 2.12.2020

**im Auftrag des BMSGPK zur wöchentlichen Übermittlung an die Corona-
Kommission gemäß der beschriebenen Methodik**

Abkürzungsverzeichnis

AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
COVID-19-SchuMaV	Covid-19 - Schutzmaßnahmenverordnung
EMS	Elektronisches Meldesystem
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
SKKM	Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement

1 Executive Summary

Verbreitungsrisiko

- » Die 7-Tagesinzidenz für die österreichische Bevölkerung des Zeitraums **25.11.-01.12.** belief sich auf **311,06** Fälle pro 100.000 Einwohner im Vergleich zu einer 7-Tagesinzidenz des Zeitraumes **18.11.-24.11.** von **422,62** pro 100.000 EW (Inzidenzreduktion: 26 %).
- » In der **KW 48** wurden **31.310** Fälle registriert im Vergleich **40.859** Fällen in der **KW 47**.
- » Die geschätzte Änderungsrate für die vergangenen 13 Epidemietage (12.11.-30.11.2020) liegt bei **-5,50 % (-9,71; -1,09]** im Vergleich **-5,44 % (-9,53; -1,17)** für die Periode 04.11. bis 16.11.2020.
- » Die effektive Reproduktionszahl (Reff) lag bei **0,84 (0,83 – 0,85)** per 30.11.2020 basierend auf den Zeitraum (18.11. bis 30.11.2020) im Vergleich zu einer **Reff von 0,89 (0,89 – 0,90) per 24.11.2020**.
- » Die 7-Tagesinzidenz der über 64-jährigen der österreichischen Bevölkerung des Zeitraums 18.11.-24.11 belief sich auf **386,8 Fälle/100.000 EW** und die der Zeitperiode von 25.11.-01.12 auf **322,68 Fälle/100.000 EW**.
- » Das Durchschnittsalter in der **KW 48** war **45,6** Jahre im Vergleich zu **45,2** Jahre der Fallpopulation der **KW 47**.
- » Die Trendanalyse, bezogen auf zwei sich in 7 Tagen überlappenden 14-Tagesfenster, zeigt sich einen abfallenden Trend in allen Bundesländern (Min: -19,37%; Max: - 34,58%), und in den Bezirken Mattersburg und Murtal wird ein aufsteigender Trend beobachtet. In den Bezirken Spittal an der Drau, Villach Land, Neunkirchen, Sankt Pölten (Stadt), Waidhofen a.d. Thaya, Braunau am Inn, Schärding, Tamsweg, Murau und Lienz ist das Fallaufkommen innerhalb dieser Vergleichsperioden als stabil einzustufen.

Fallabklärung/Clusteranalyse

- » Der Anteil an Fällen, die einem Cluster zugeordnet sind - mit Datenstand 02.12.2020 07:00 – liegt für die **KW 47 bei 35 %** und für die **KW 48 bei 16,6 % (exklusive Wien)**. Der Anteil der Fälle, bei denen eine mögliche Infektionsquelle identifiziert werden konnte liegt für **KW 47 bei 28,5%** (exklusive Wien) und für die **KW 48 bei 15,7 (exklusive Wien) bzw. bei 21 % inklusive Wien**.
- » Die Clusterfälle der **KW 47** sowie auch der **KW 48** erwarben überwiegend ihre Infektion im **Setting Haushalt** gefolgt vom **Setting Gesundheit & Soziales**, welches primär von dem Subsetting Alten- und Pflegeheim dominiert wird.

Systemrisiko

- » Per 2.12.2020 lag die Auslastung aller für COVID nutzbaren Intensivbetten (ohne innerhalb von 7 Tagen bereitstellbare Zusatzkapazität) gemäß Ländermeldungen an das BMSGKP bei 58 %. Bezogen auf die gesamte Bettenkapazität auf Intensivpflegestationen (per 2.12.2020 2.112 Betten) lag die Auslastung bei 32 %.
- » Die aktuellen Prognosen gehen von einem Infektionsgeschehens von rund 2.700 Fälle/Tag aus (3.500 Fälle/Tag am 1. Prognosetag bis 2.000 Fälle/Tag am letzten Prognosetag; Durchschnittswerte ohne wochentagsbedingte Schwankungen).

- » Bei der Kapazitätsvorschau wird von einem Rückgang des Belages auf ICU von 670 (am 2.12.) auf 444 (am 16.12.) ausgegangen. Mit 68% Wahrscheinlichkeit liegt der ICU-Belag am 16.12. zwischen 375 und 528.
- » Auf Normalstationen wird ein Rückgang des Belags von 3.666 (am 2.12.) auf 2.143 (am 16.12.) erwartet. Mit 68% Wahrscheinlichkeit liegt der Normalstation-Belag am 9.12. zwischen 1.660 und 2.740.
- » Laut Prognose verbleibt der Anteil der intensivpflichtigen COVID-Patienten an der ICU Gesamtkapazität (rund 2.112 Betten, gemäß Ländermeldung an das BMSGPK vom 2.12.) in den nächsten Tagen knapp unter dem von der Corona Kommission bestimmten Signalwert für hohes Risiko (33 %). Gemäß Prognose reduziert sich dieser Anteil bis 16.12. auf 21 %.
- » Innerhalb des Prognosezeitraums kommt es bei Betrachtung des Punktschätzers in keinem Bundesland zu einer Überschreitung der verfügbaren Intensivbetten. In manchen Bundesländern ist eine Überschreitung der maximal verfügbaren Kapazitäten (ohne Zusatzkapazität) innerhalb des 95%-Intervalls möglich.

2 Ergebnisse

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 25.11.-01.12. belief sich auf 311,06 Fälle pro 100.000 Einwohner im Vergleich zu einer 7-Tagesinzidenz des Zeitraumes 18.11.-24.11. von 422,62 pro 100.000 EW (Inzidenzreduktion: 26 %).
 - » In der KW 48 wurden 31.310 Fälle registriert im Vergleich 40.859 Fällen in der KW 47.
- » der rohen 7-Tagesinzidenz bei der Gruppe der ≥ 65 -Jährigen
 - » Die 7-Tagesinzidenz der über 64-jährigen der österreichischen Bevölkerung des Zeitraums 18.11.-24.11 belief sich auf 386,8 Fälle/100.000 EW und die der Zeitperiode von 25.11.-01.12 auf 322,68 Fälle/100.000 EW.
 - » Das Durchschnittsalter in der KW 48 war 45,6 Jahre im Vergleich zu 45,2 Jahre der Fallpopulation der KW 47.
- » der ICU-Kapazitäten
 - » (Datengrundlage: SKKM und Krisenstab des BMSGPK, tägliche Meldungen hinsichtlich der Kapazitäten, werden von GÖG in den Bericht eingespielt).

Die Darstellung des **Verbreitungsrisikos**¹ ergibt sich auch durch den Anteil an Fällen, bei denen die Quelle der Infektion nicht bekannt ist. Hierzu werden folgende **Indikatoren** herangezogen:

- » Anteil der Fälle unbekannter Quelle (z.B. < 40 %);
 - » (Datengrundlage: EMS, bundeslandspezifische Datenbanken, individuelle Interviews; Quelle: AGES)
- » Anteil 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)

3 Limitationen

- » Basierend auf dem Datenstand von 1.12.2020 (24 h) können 21 % der Fallpopulation der KW 48 einer Quelle zugeführt werden. Vor diesem Hintergrund ist die Verteilung der Verbreitungssettings mit Vorsicht zu interpretieren (selection bias).
- » Bei den populationsbezogenen Schutzmaßnahmen handelt es sich um komplexe Public Health Interventionen – es können keine Rückschlüsse hinsichtlich der Auswirkung von Schutzmaßnahmen auf das Individuum gezogen werden.
- » Nach wie vor gehen die ausschließlich durch Antigentest identifizierten Fälle nicht in die Analyse ein. Einige Bundesländer haben das Testen von asymptomatischen Kontaktpersonen Grad I derzeit eingestellt.
- » Ebenso kann kein Rückschluss auf die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen gezogen werden, da davon auszugehen ist, dass diese in Wechselwirkung zu einander stehen und sich in ihrer Wirkung gegenseitig beeinflussen.
- » Im Rahmen der Kurzberichte erfolgen keine Vergleiche mit Schutzmaßnahmen im internationalen Kontext. Informationen finden sich hierzu allerdings in weiteren Dokumenten sowohl seitens der AGES als auch seitens der GÖG (z.B. 14-tägige Synthese der BMEIA Botschaftsberichte) zur Verfügung stellen.

¹ Einen zentralen Indikator für das Verbreitungsrisiko stellt die Funktionstüchtigkeit des behördlichen Handelns (Contact Tracing und Clusterabklärung) dar.

4 Schlussfolgerungen

Auf Basis der analysierten Daten setzt sich der Rückgang des täglichen Fallaufkommens fort, und erreicht mit Datenstand vom 02.12.2020, 07.00 eine 7-Tagesinzidenz von 311,06/100.000 EW österreich-weit. Die Änderungsrate schwankte in den vergangenen 7 Tagen zwischen < 0 % und -5 %.

Der erwartete Effekt eines Rückgangs der Verbreitung konnte bisher nicht in ausreichendem systementlastendem Ausmaße festgestellt werden, daher ist eine systemkritische Belastung des Gesundheitssystems (insb. Intensivversorgung) nach wie vor gegeben. Bezogen auf die gesamte Bettenkapazität auf Intensivpflegestationen (per 2.12.2020 2.112 Betten) lag die Auslastung zuletzt bei 32 %. Vier Bundesländer liegen hinsichtlich der ICU-Auslastung nach wie vor über 33 % in Bezug zu allen tatsächlichen ICU-Betten. Um in die gewohnte Regelversorgung wieder zu gewährleisten ist eine Auslastung von unter 10% zu erreichen.

5 Anlagen

- » GOEG/AGES: Systemrisiko Österreich, EMS Datenstand 9.11.2020 10:05 h, Prognose vom 3.11.2020
- » AGES: Covid-19, Österreich, AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance, 02.12.2020 09:00 (auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 2.12.2020 07:00)
- » AGES: Covid-19, Maßnahmenbewertung, AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance, 2.12.2020 09:00 (auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 2.12.2020 07:00)

Level des Systemrisikos - Maßnahmen der Träger Organisationen

Risikostufe – Systemrisiko	Kontextinformation	Bewertung des Levels		Einstufung	Maßnahmen der Krankenanstaltenträger
	rohe 7 Tages- Inzidenz pro 100.000 EW	7 Tages-Inzidenz bei > 65 jährigen	Auslastung der Intensivbetten mit Covid Patienten		
Gering	<150/100.000 EW	>50/100.000 EW	< 10%	Level 1	ergreifen von Planungsmaßnahmen, wie der ICU Betten Bestand erweitert werden kann. (z.b. OP Managment, Aufwachbetten etc) - innerhalb des jeweiligen Hauses
Erhöhtes	<150/100.000 EW	>100/100.000 EW	>10% & <25%	Level 2	Umsetzung der Planungsmaßnahmen von Level 0 sowie Planung der Kapazitätserweiterung durch zusätzlich Bettenkapazitäten ausserhalb des jeweiligen Hauses (z.b. Rehaeinrichtungen, Überregionale Kapazitätssicherung)
Mittleres	<150/100.000 EW	>100/100.000 EW	>25% & < 33%	Level 3	Umsetzung der Planungsmaßnahmen von Level 1 sowie Planung der Kapazitätserweiterung durch zusätzlich Bettenkapazitäten ausserhalb des jeweiligen Hauses (Barakenspitäler, Militärischer Einrichtungen, Hotels etc.)
Hohes	<250/100.000 EW	>100/100.000 EW	>33% & <50%	Level 4	Umsetzung der Planungsmaßnahmen von Level 2 Fortsetzung der Planungsmaßnahmen zur weiteren Entwicklung der Not Kapazitäten
Sanitärer Notstand	>250/100.000 EW	>100/100.000 EW	>50%	Level 5	

Covid-19, Österreich

AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance

02.12.2020 09:00 (auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 02.12.2020 07:00)

Österreich: 7-Tages-Inzidenz letzten 2 Wochen

Tabelle 1: 7-Tages Inzidenzen von SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose.

<i>Bundesland</i>	Mittwoch – Dienstag		Dienstag – Montag	
	<i>18.11.-24.11.</i>	<i>25.11.-01.12.</i>	<i>17.11.-23.11.</i>	<i>24.11.-30.11.</i>
Burgenland	327.41	255.06	343.37	273.06
Kärnten	538.58	453.77	549.09	492.79
Niederösterreich	311.05	257.26	331.00	267.18
Oberösterreich	574.59	376.04	606.40	410.93
Salzburg	614.24	481.37	642.90	485.84
Steiermark	367.22	320.36	387.68	339.70
Tirol	572.04	347.53	578.91	413.00
Vorarlberg	450.98	295.61	487.23	292.34
Wien	298.09	207.46	311.38	237.81
Österreich	422.62	311.06	442.63	336.77

Österreich: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

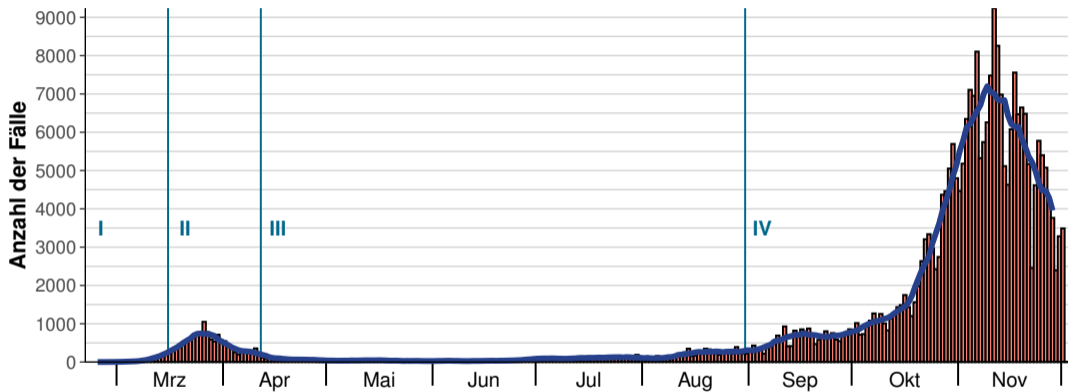
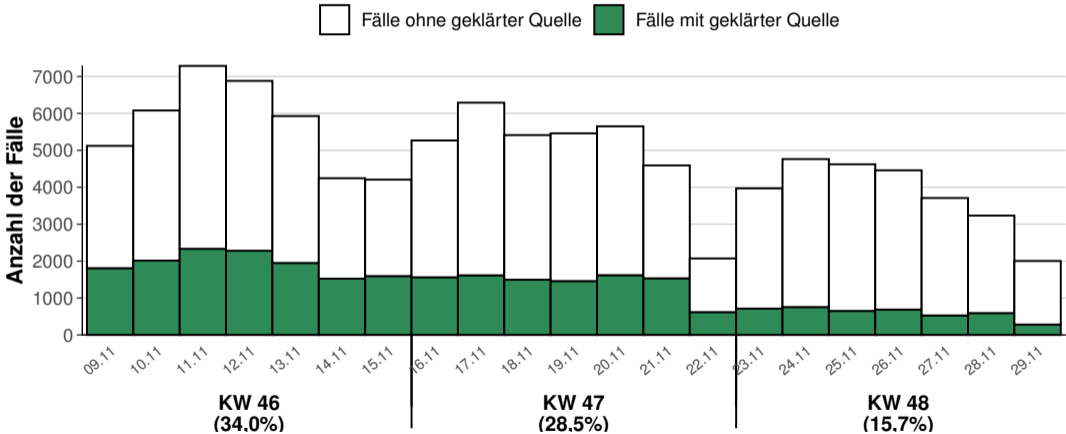


Abbildung 1: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung

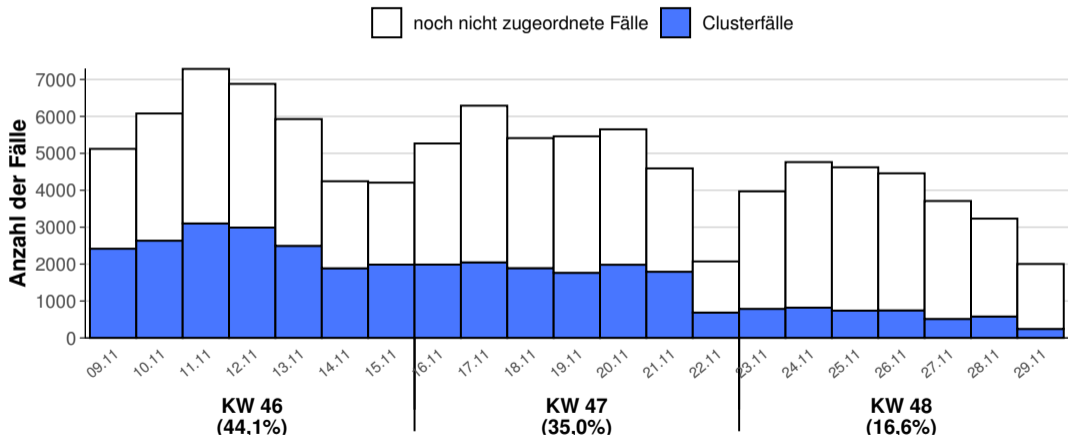
Österreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	43	44	45	46	47	48
Fälle Österreich (N)	18.114	31.591	44.758	47.965	40.859	31.310
Fälle Wien (N)	4.311	6.394	6.247	8.220	6.114	4.552
Fälle Österreich exkl. Wien (N)	13.803	25.197	38.511	39.745	34.745	26.758
Fälle ungeklärt (n)	6.541	14.327	25.946	26.237	24.840	22.547
Indexfälle ³ (n)	2.224	3.719	5.599	4.799	2.922	824
Anteil geklärt	52,6%	43,1%	32,6%	34,0%	28,5%	15,7%
Fälle geklärt (n)	7.262	10.870	12.565	13.508	9.905	4.211
Clusterfälle (n)	9.079	14.092	17.527	17.509	12.152	4.436
sporadisch importierte Fälle (n)	118	103	98	74	39	10
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	6.837	10.394	11.944	12.699	9.220	3.611
Haushalt	44,4%	55,5%	64,1%	67,4%	69,4%	63,8%
Freizeit	23,5%	21,3%	20,0%	15,1%	7,2%	2,9%
Gesundheit-Sozial	13,3%	10,3%	10,3%	11,4%	18,1%	31,8%
Arbeit	7,2%	4,3%	2,9%	3,2%	2,5%	0,7%
Hotel-Gastro	1,1%	1,0%	0,6%	0,1%	0,1%	0,0%
Bildung	7,5%	5,5%	0,7%	2,1%	2,3%	0,3%
Transport	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Reise	1,4%	1,0%	0,9%	0,3%	0,3%	0,1%
Haushalt (n)	3.034	5.772	7.662	8.560	6.400	2.305
Bildung (n)	514	571	87	272	208	12
Gesundheit-Sozial (n)	908	1.074	1.225	1.454	1.671	1.149
Reise (n)	98	101	109	43	25	5

Österreich (exkl. Wien): Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich: Altersverteilung I

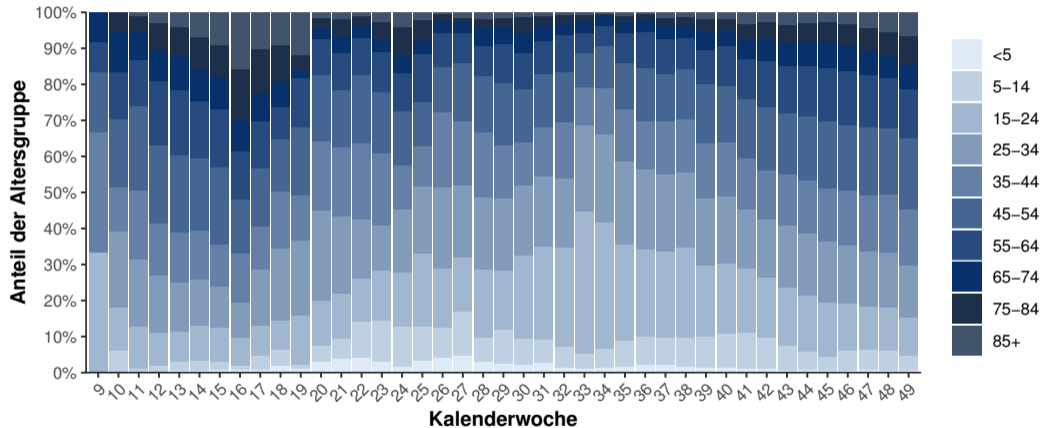


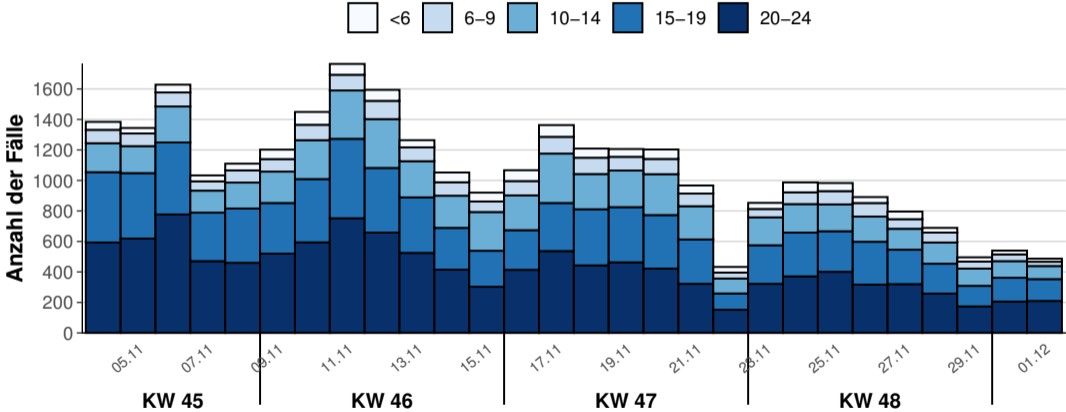
Abbildung 2: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.

Österreich: Altersverteilung II

Tabelle 2: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	7.480	14	39.7	70
42	9.733	15	40.9	70
43	18.114	17	42.3	72
44	31.591	18	43.0	71
45	44.758	19	43.9	71
46	47.965	19	44.3	73
47	40.859	18	45.2	76
48	31.310	19	45.6	78

Österreich: Verteilung der Infektionsfälle von unter 25-Jährigen nach Altersgruppe für die vergangenen 4 Wochen

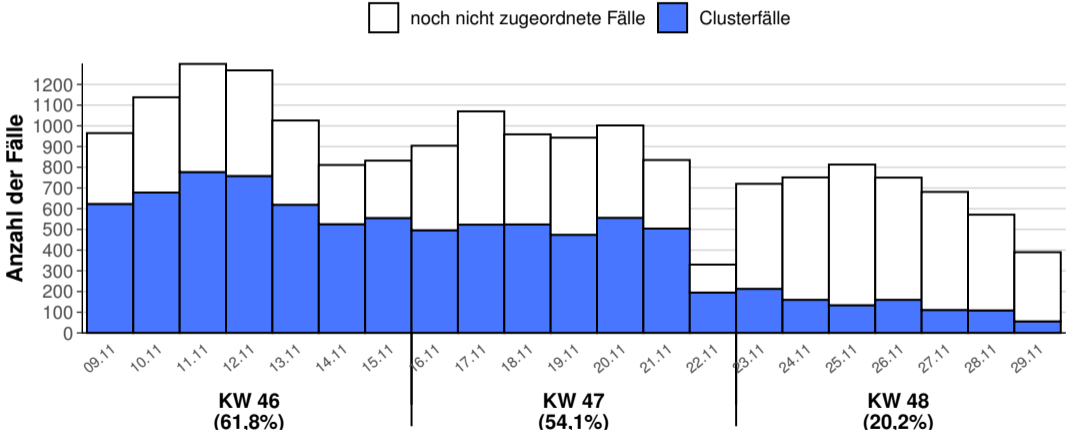


Österreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

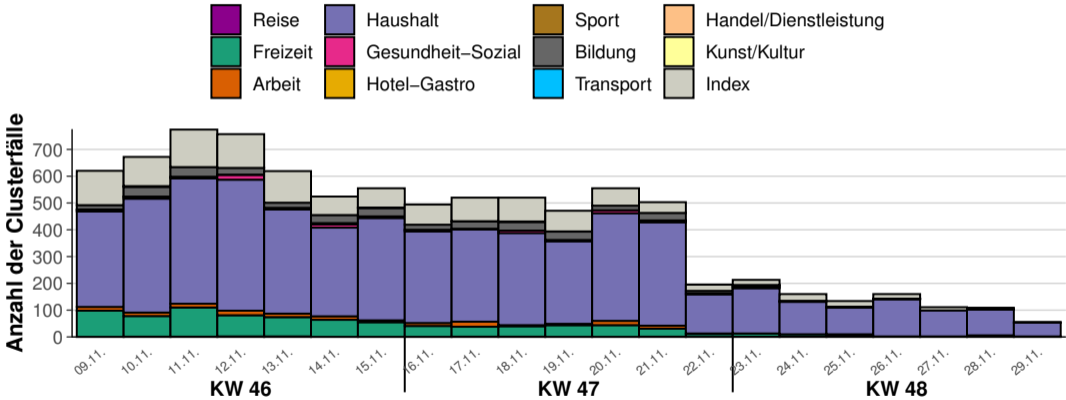
Tabelle 3: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation							klinische Manifestation						
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	148	36,0	137	33,3	126	30,7	411	108	35,3	79	25,8	119	38,9	306
6-9	231	37,1	211	33,9	181	29,1	623	137	28,4	166	34,4	179	37,1	482
10-14	619	38,5	525	32,7	463	28,8	1607	391	35,5	281	25,5	428	38,9	1100
15-19	997	48,5	342	16,7	715	34,8	2054	675	41,1	248	15,1	721	43,9	1644
20-24	1376	50,0	352	12,8	1025	37,2	2753	939	43,4	250	11,6	974	45,0	2163
Total	3371	45,3	1567	21,0	2510	33,7	7448	2250	39,5	1024	18,0	2421	42,5	5695

Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Österreich: Inzidenz nach Bezirk

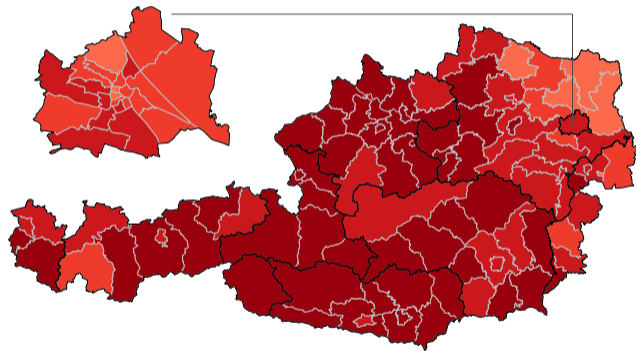
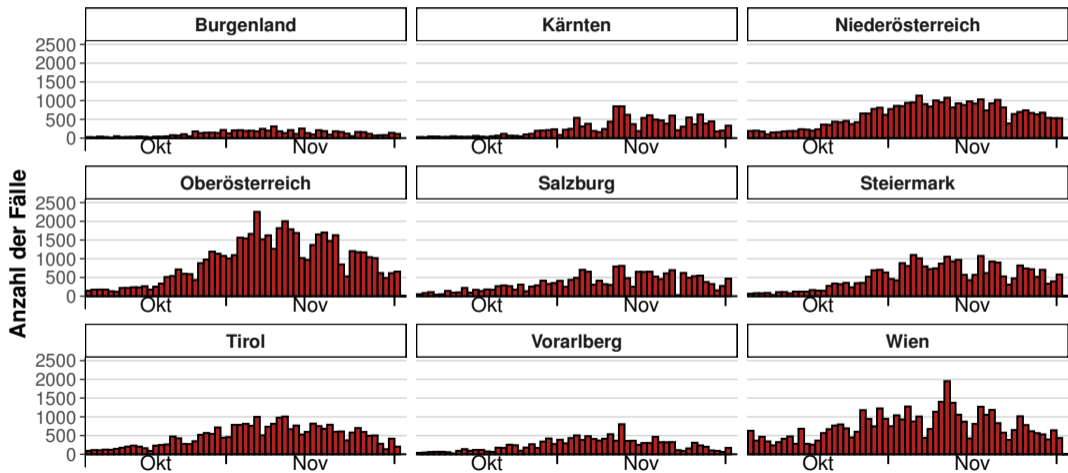


Abbildung 3: Kumulative Inzidenz/100.000 EW nach Bezirk der vergangenen 7 Tage (25.11.2020 – 01.12.2020) . Es gilt die regionale Falldefinition.

Österreich: Zeitlicher Verlauf der Bundesländer für die vergangenen acht Wochen (07.10.2020 – 02.12.2020)



Österreich: Epidemiologische Parameter I

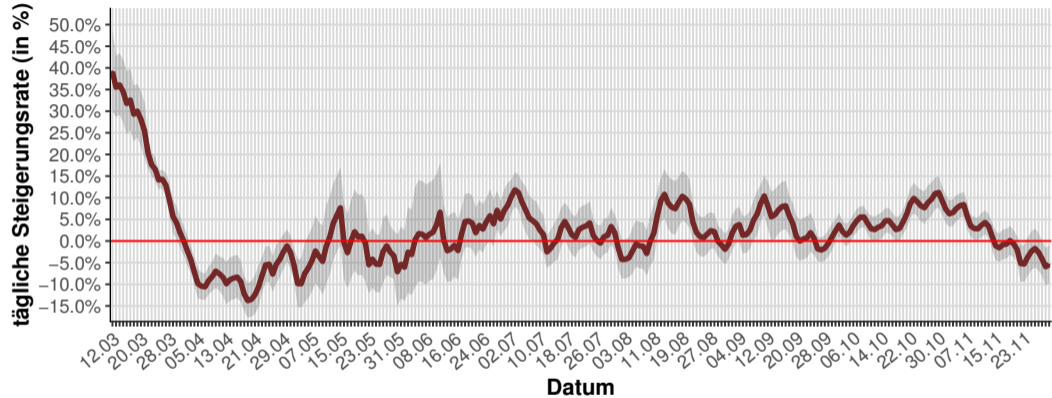


Abbildung 4: Modellierter täglicher Änderungsrate in % basierend auf den vorangegangenen 13 Tagen bezogen auf den Berichtstag. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert.

Österreich: Epidemiologische Parameter II

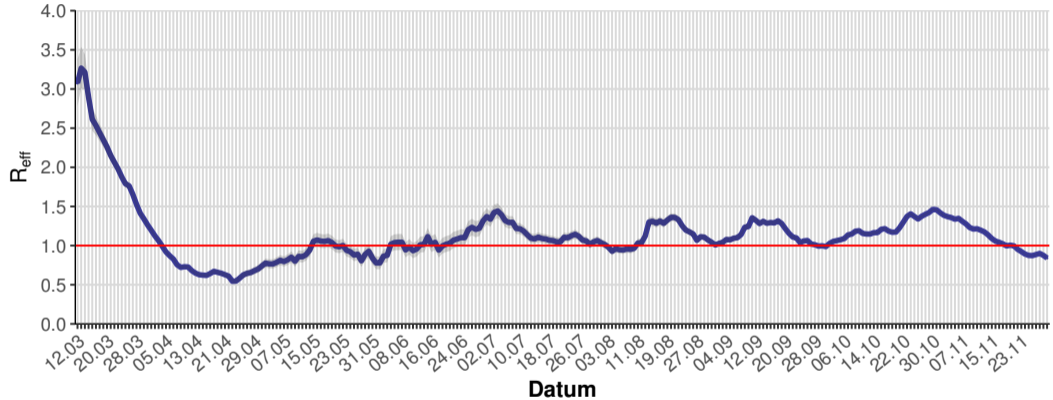


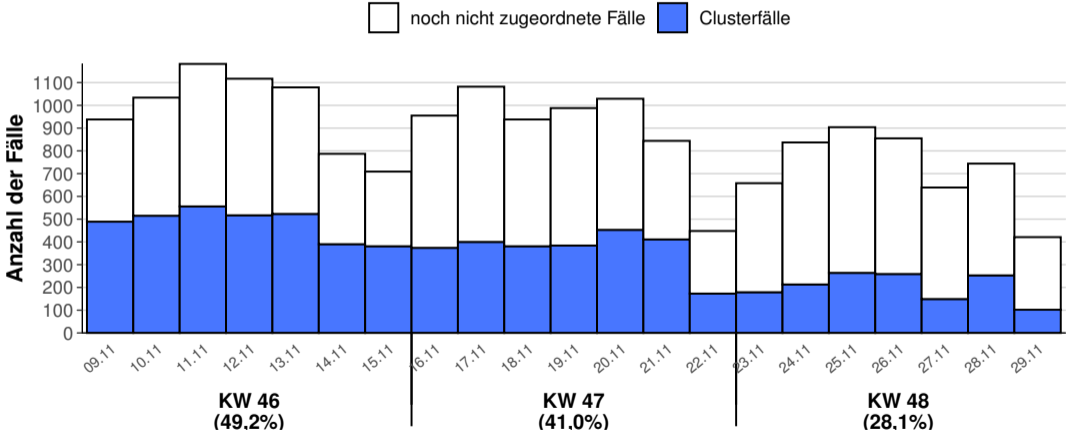
Abbildung 5: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten).

Österreich: Epidemiologische Parameter III

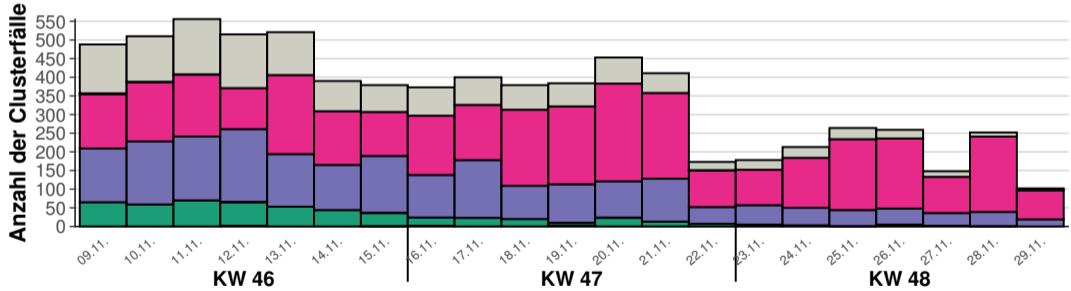
Tabelle 4: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	1,00	(0,99 – 1,00)
22.11	0,95	(0,95 – 0,96)
23.11	0,92	(0,92 – 0,93)
24.11	0,89	(0,89 – 0,90)
25.11	0,87	(0,87 – 0,88)
26.11	0,87	(0,87 – 0,88)
27.11	0,89	(0,88 – 0,89)
28.11	0,90	(0,89 – 0,91)
29.11	0,88	(0,87 – 0,88)
30.11	0,84	(0,83 – 0,85)

Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

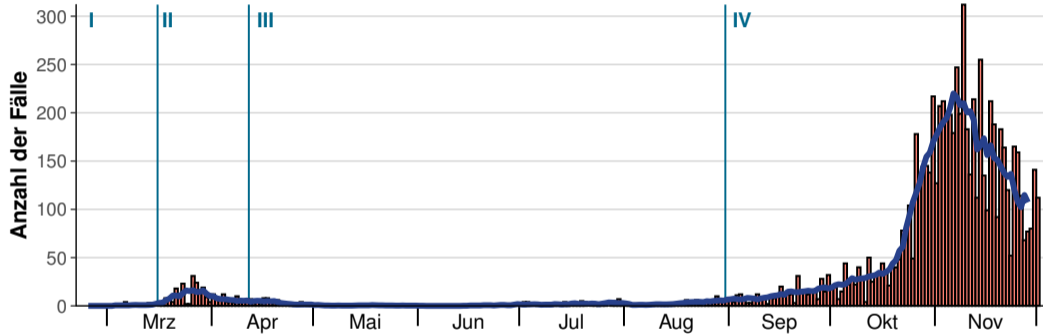


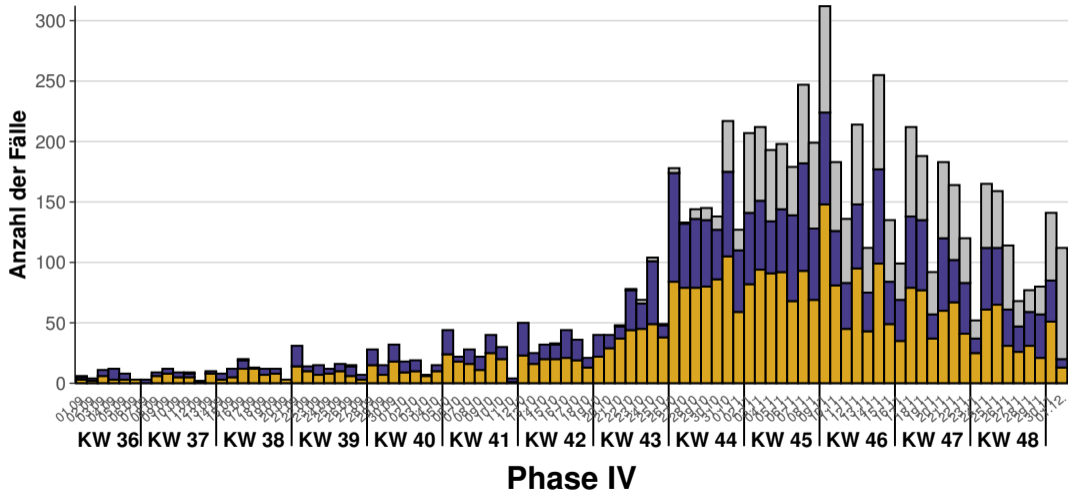
Abbildung 6: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Burgenland: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

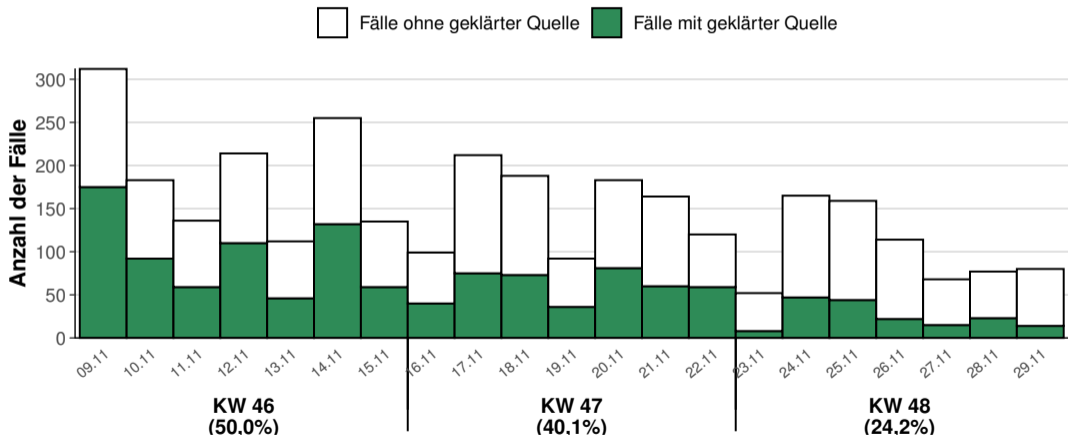
	43	44	45	46	47	48
Fälle Burgenland (N)	428	1.082	1.435	1.347	1.058	715
Fälle ungeklärt (n)	141	391	742	674	634	542
Indexfälle ³ (n)	84	178	255	201	126	19
Anteil geklärt	67,1%	63,9%	48,3%	50,0%	40,1%	24,2%
Fälle geklärt (n)	287	691	693	673	424	173
Clusterfälle (n)	357	849	918	838	509	169
sporadisch importierte Fälle (n)	3	9	7	2	3	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	267	667	658	634	382	150
Haushalt	42,7%	46,3%	52,1%	55,2%	66,5%	59,3%
Freizeit	31,8%	26,7%	25,8%	23,8%	17,5%	10,0%
Gesundheit-Sozial	1,5%	10,5%	12,2%	11,7%	8,6%	26,0%
Arbeit	11,6%	9,6%	7,6%	5,2%	4,5%	1,3%
Hotel-Gastro	3,4%	0,9%	0,9%	0,0%	0,3%	0,0%
Bildung	7,5%	4,9%	0,8%	3,8%	2,1%	2,7%
Transport	1,1%	0,4%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%
Reise	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Haushalt (n)	114	309	343	350	254	89
Bildung (n)	20	33	5	24	8	4
Gesundheit-Sozial (n)	4	70	80	74	33	39
Reise (n)	0	4	0	0	0	0

Burgenland: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

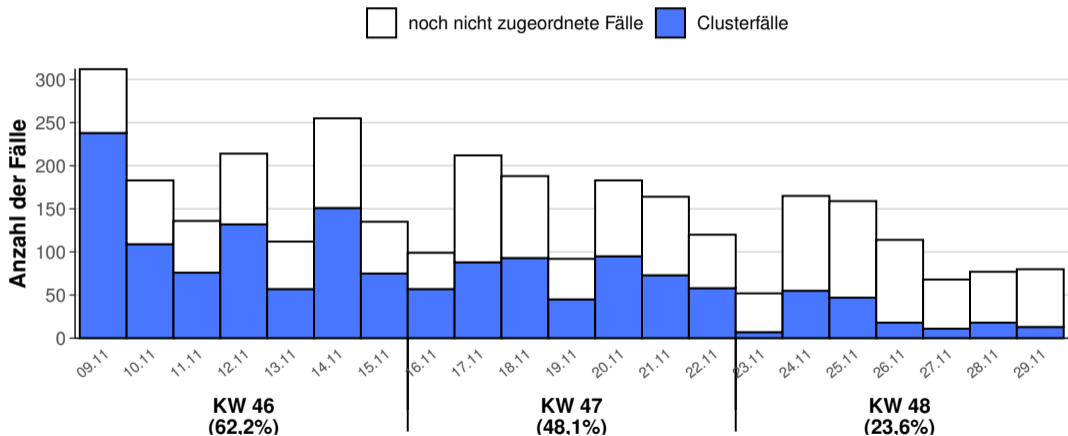
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Burgenland: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Epidemiologische Parameter I

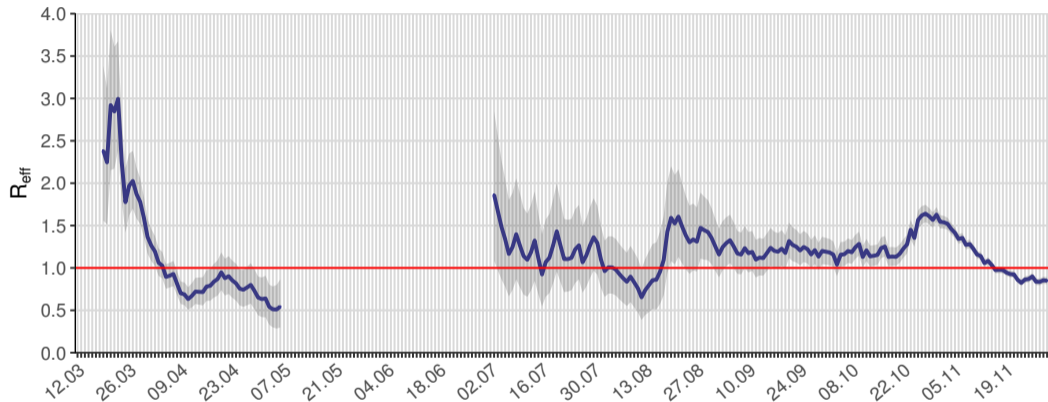


Abbildung 7: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Burgenland)

Burgenland: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 5: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Burgenland)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	0,92	(0,89 - 0,96)
22.11	0,86	(0,82 - 0,90)
23.11	0,82	(0,79 - 0,86)
24.11	0,86	(0,83 - 0,90)
25.11	0,87	(0,83 - 0,91)
26.11	0,90	(0,86 - 0,94)
27.11	0,84	(0,80 - 0,88)
28.11	0,83	(0,80 - 0,87)
29.11	0,86	(0,81 - 0,90)
30.11	0,85	(0,81 - 0,89)

Burgenland: Altersverteilung I

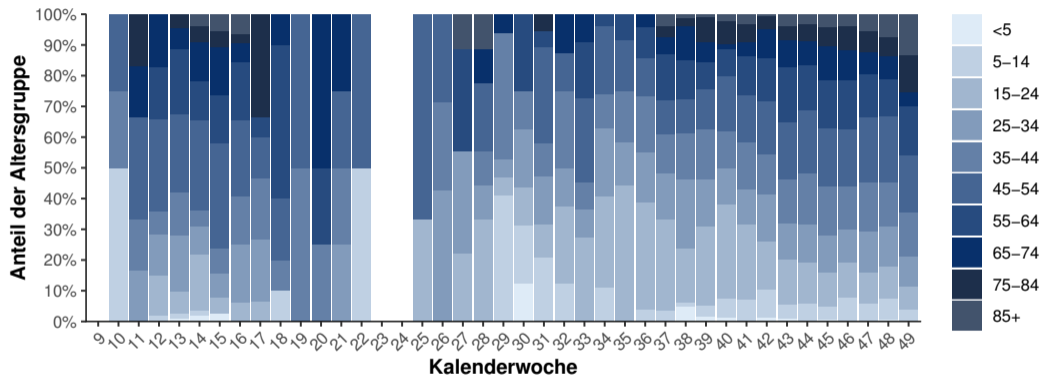


Abbildung 8: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Burgenland: Altersverteilung II

Tabelle 6: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

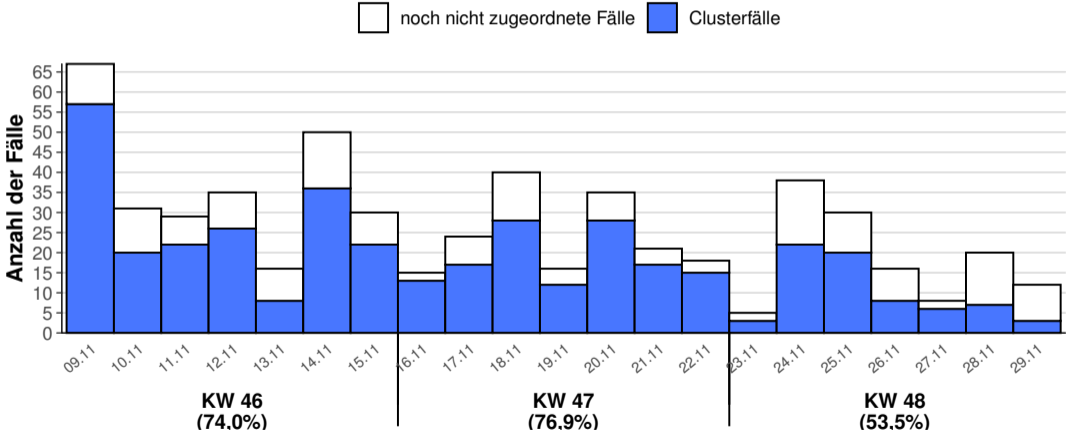
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	190	15	40.7	72.0
42	241	14	40.9	67.0
43	428	17	45.4	71.3
44	1.082	18	45.1	71.9
45	1.435	20	47.5	75.6
46	1.347	18	46.9	76.0
47	1.058	20	47.0	78.3
48	715	18	46.8	80.6

Burgenland: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

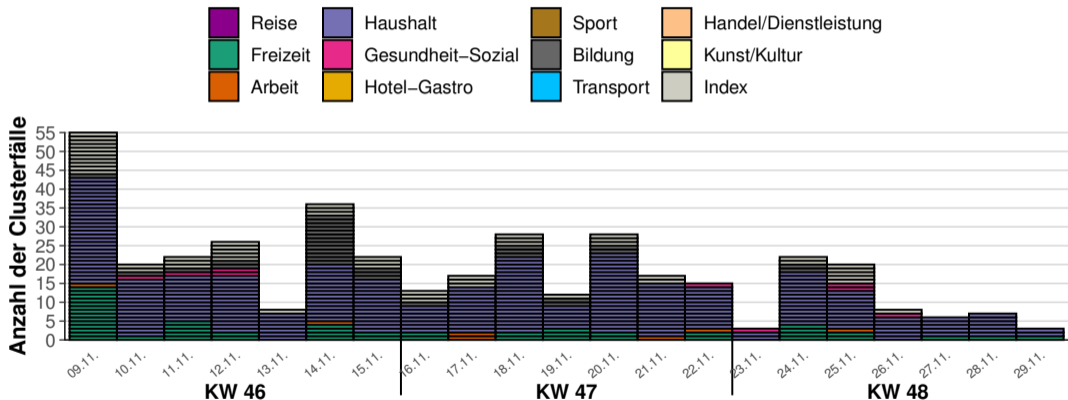
Tabelle 7: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<6	1	12,5	6	75,0	1	12,5	8	1	16,7	5	83,3	0	0,0	6
6-9	3	23,1	8	61,5	2	15,4	13	4	23,5	12	70,6	1	5,9	17
10-14	3	7,1	30	71,4	9	21,4	42	13	43,3	12	40,0	5	16,7	30
15-19	17	43,6	10	25,6	12	30,8	39	14	41,2	8	23,5	12	35,3	34
20-24	21	31,3	17	25,4	29	43,3	67	14	33,3	10	23,8	18	42,9	42
Total	45	26,6	71	42,0	53	31,4	169	46	35,7	47	36,4	36	27,9	129

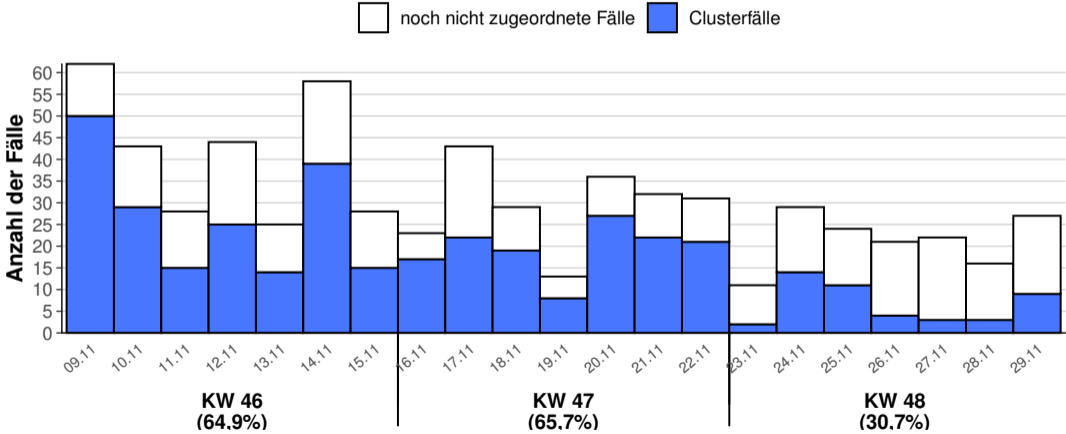
Burgenland: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



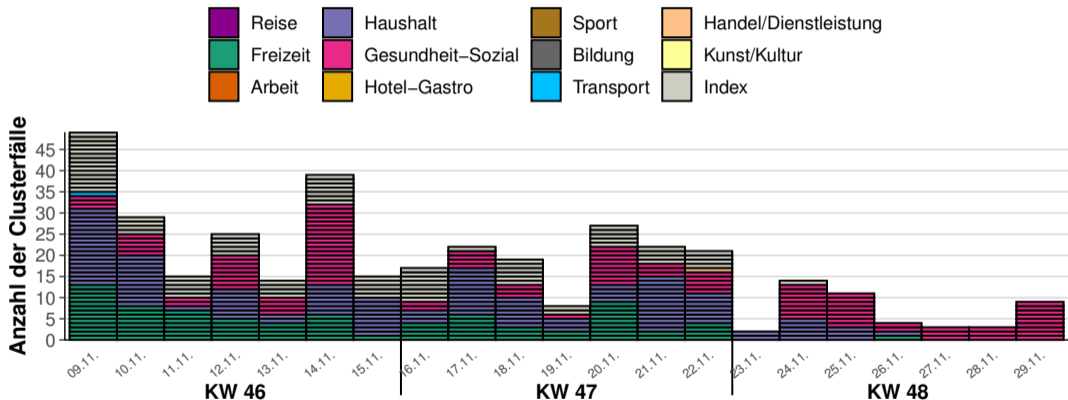
Burgenland: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Burgenland: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

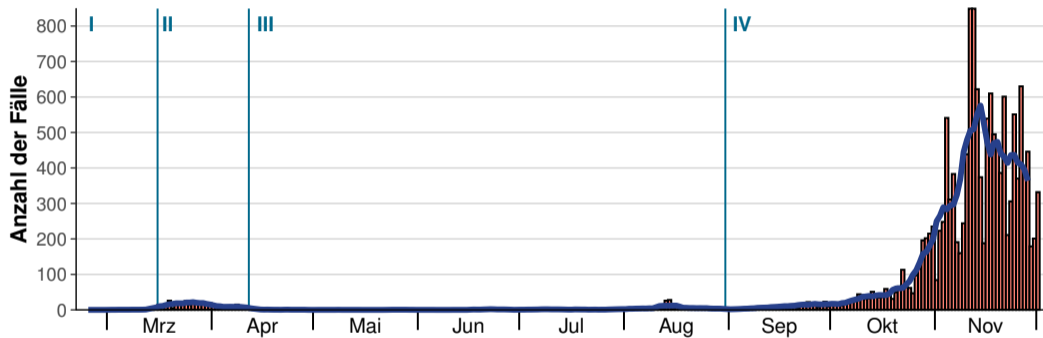


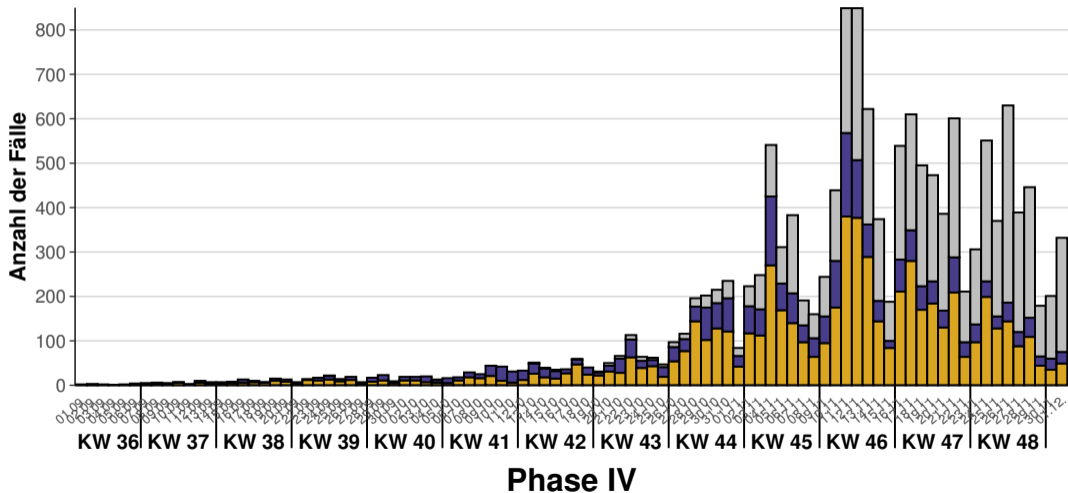
Abbildung 9: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Kärnten: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

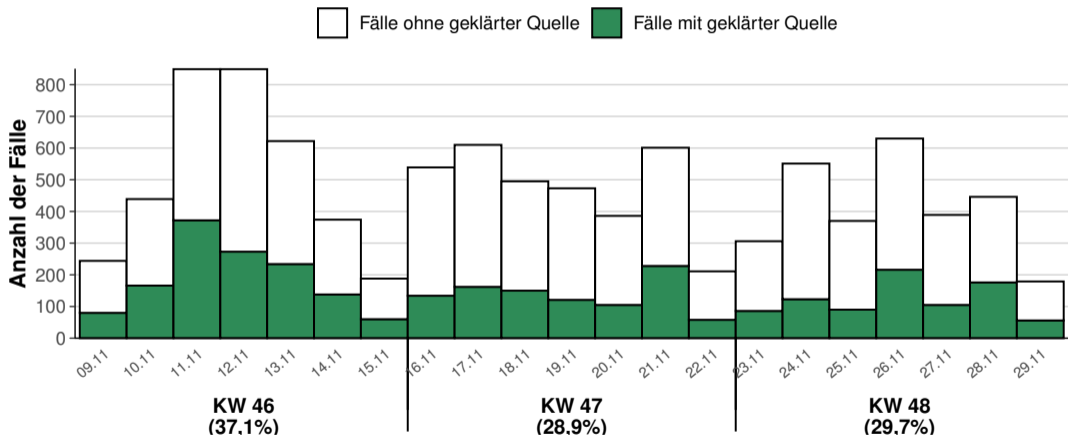
	43	44	45	46	47	48
Fälle Kärnten (N)	433	1.145	2.057	3.565	3.315	2.871
Fälle ungeklärt (n)	198	557	1.247	2.242	2.357	2.019
Indexfälle ³ (n)	90	245	419	603	561	309
Anteil geklärt	54,3%	51,4%	39,4%	37,1%	28,9%	29,7%
Fälle geklärt (n)	235	588	810	1.323	958	852
Clusterfälle (n)	308	812	1.200	1.890	1.494	1.152
sporadisch importierte Fälle (n)	7	6	6	3	0	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	219	564	779	1.289	933	841
Haushalt	40,6%	50,0%	69,7%	71,1%	85,2%	65,2%
Freizeit	21,0%	30,0%	22,2%	10,2%	0,3%	0,0%
Gesundheit-Sozial	22,8%	14,4%	4,0%	18,0%	14,5%	34,8%
Arbeit	1,4%	0,4%	1,8%	0,2%	0,0%	0,0%
Hotel-Gastro	5,0%	0,4%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Bildung	1,8%	4,3%	0,5%	0,3%	0,0%	0,0%
Transport	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	0,0%	0,2%	1,2%	0,1%	0,0%	0,0%
Haushalt (n)	89	282	543	916	795	548
Bildung (n)	4	24	4	4	0	0
Gesundheit-Sozial (n)	50	81	31	232	135	293
Reise (n)	0	1	9	1	0	0

Kärnten: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

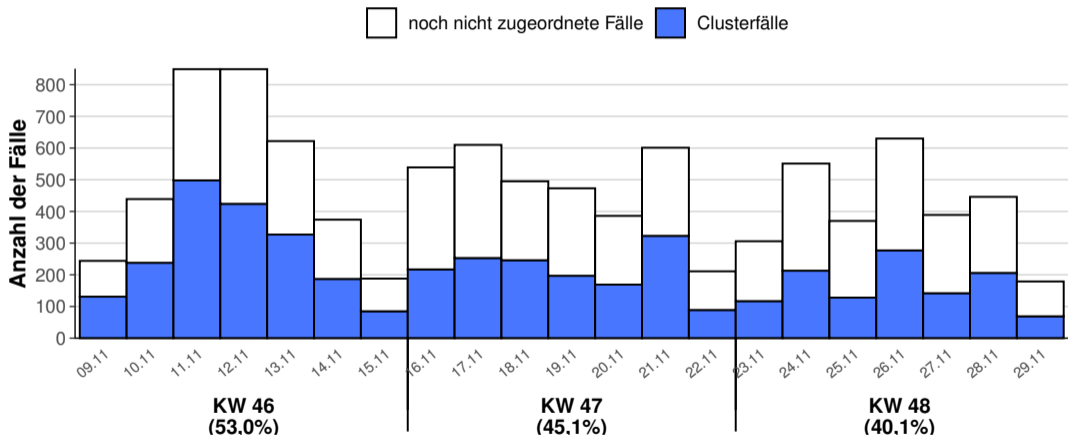
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



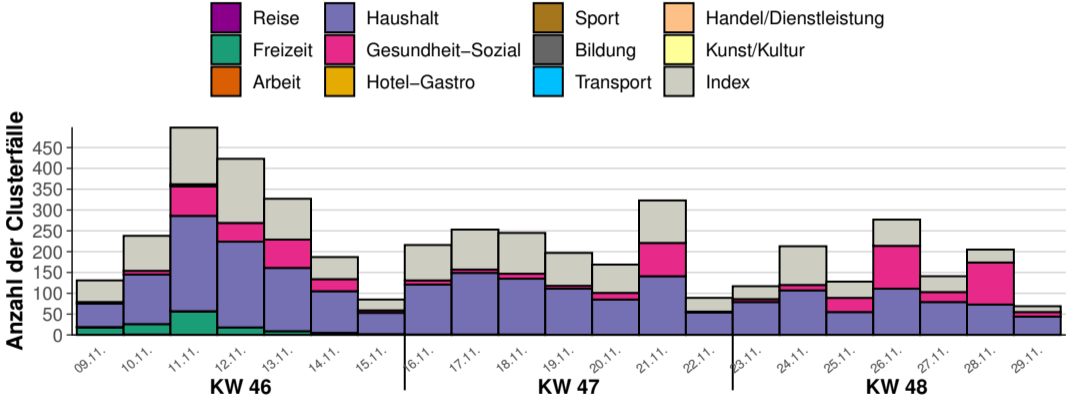
Kärnten: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Epidemiologische Parameter I

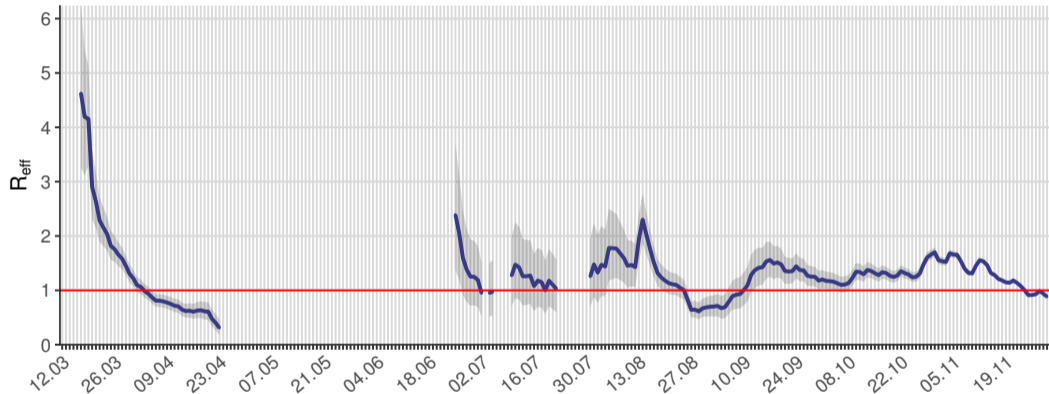


Abbildung 10: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Kärnten)

Kärnten: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 8: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Kärnten)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	1,18	(1,15 - 1,21)
22.11	1,14	(1,11 - 1,16)
23.11	1,08	(1,05 - 1,10)
24.11	1,00	(0,98 - 1,03)
25.11	0,91	(0,89 - 0,94)
26.11	0,91	(0,89 - 0,94)
27.11	0,93	(0,91 - 0,95)
28.11	0,99	(0,96 - 1,01)
29.11	0,94	(0,91 - 0,96)
30.11	0,88	(0,86 - 0,90)

Kärnten: Altersverteilung I

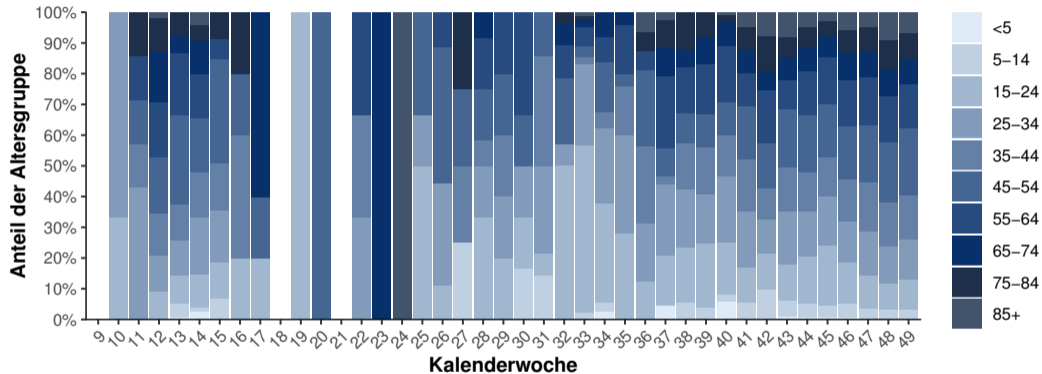


Abbildung 11: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Kärnten: Altersverteilung II

Tabelle 9: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

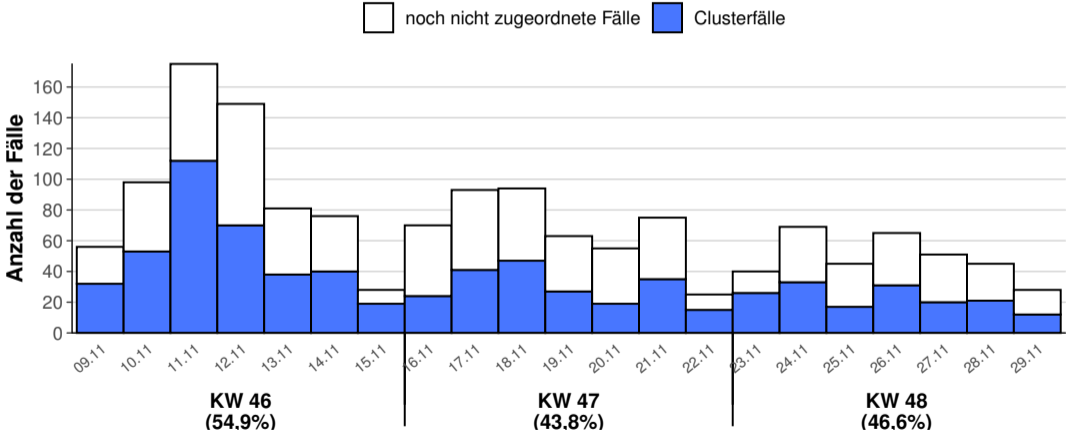
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	205	19	45.1	76.6
42	293	15	48.2	82.8
43	433	19	46.4	81.8
44	1.145	19	45.4	76.6
45	2.057	18	42.7	70.0
46	3.565	19	47.2	79.0
47	3.315	21	47.9	78.0
48	2.871	23	51.6	83.0

Kärnten: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

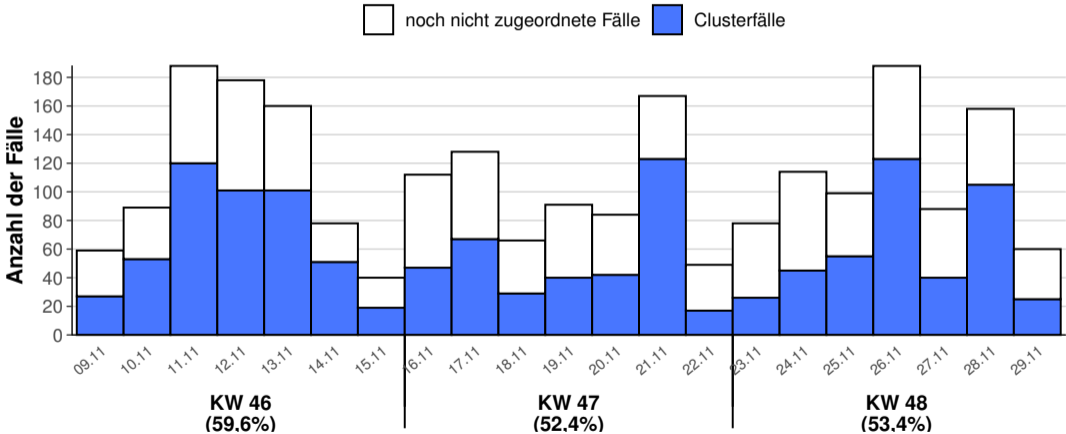
Tabelle 10: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		
<6	5	35,7	2	14,3	7	50,0	14	2	13,3	3	20,0	10	66,7	15
6-9	6	22,2	11	40,7	10	37,0	27	2	9,5	7	33,3	12	57,1	21
10-14	26	32,9	32	40,5	21	26,6	79	16	26,7	8	13,3	36	60,0	60
15-19	58	38,9	21	14,1	70	47,0	149	25	26,0	13	13,5	58	60,4	96
20-24	78	37,9	22	10,7	106	51,5	206	44	29,1	13	8,6	94	62,3	151
Total	173	36,4	88	18,5	214	45,1	475	89	25,9	44	12,8	210	61,2	343

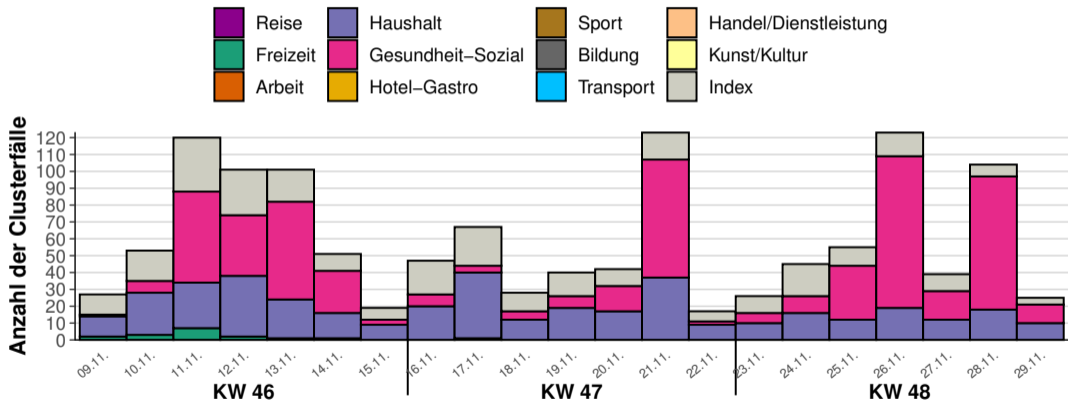
Kärnten: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

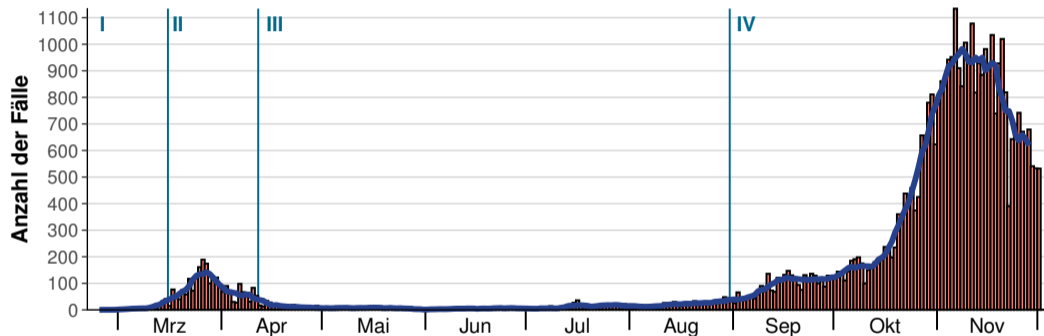


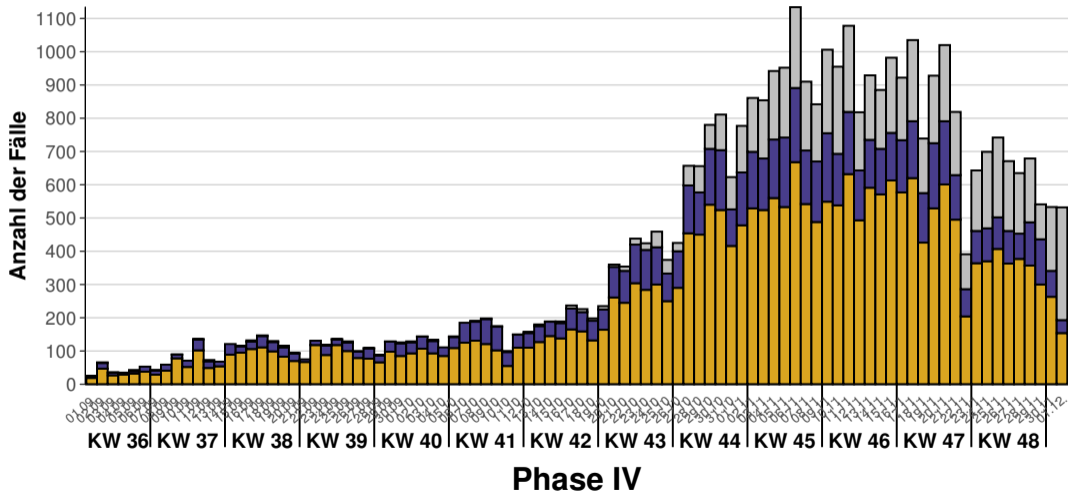
Abbildung 12: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Niederösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

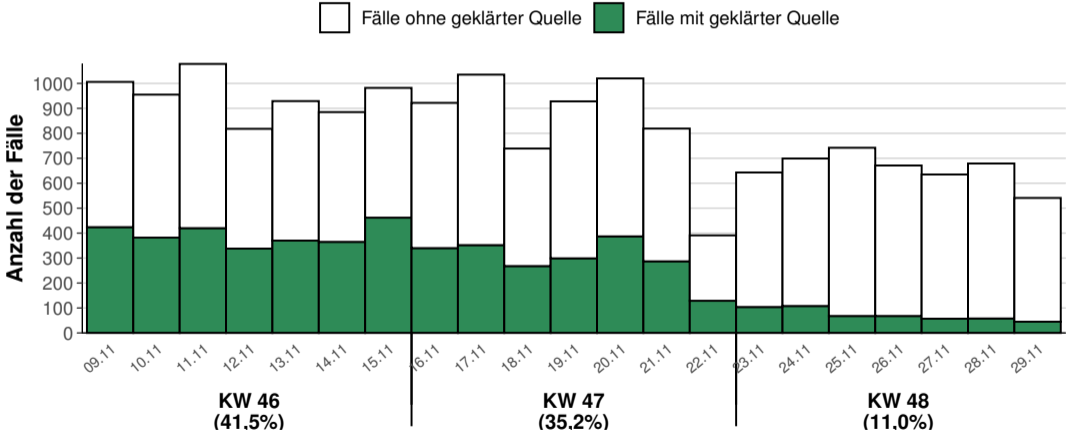
	43	44	45	46	47	48
Fälle Niederösterreich (N)	2.644	4.729	6.495	6.653	5.854	4.610
Fälle ungeklärt (n)	1.056	2.513	3.995	3.892	3.792	4.102
Indexfälle ³ (n)	378	583	838	753	323	25
Anteil geklärt	60,1%	46,9%	38,5%	41,5%	35,2%	11,0%
Fälle geklärt (n)	1.588	2.216	2.500	2.761	2.062	508
Clusterfälle (n)	1.841	2.658	3.177	3.370	2.248	432
sporadisch importierte Fälle (n)	27	16	10	5	2	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.474	2.082	2.341	2.613	1.926	407
Haushalt	44,6%	46,2%	55,4%	58,7%	63,1%	60,9%
Freizeit	18,1%	22,2%	26,0%	20,4%	10,1%	5,4%
Gesundheit-Sozial	13,3%	11,2%	7,5%	9,3%	13,5%	27,8%
Arbeit	10,7%	7,4%	5,9%	7,0%	6,8%	3,9%
Hotel-Gastro	1,7%	2,8%	1,9%	0,2%	0,1%	0,0%
Bildung	9,2%	6,5%	1,2%	2,9%	5,3%	1,2%
Transport	0,3%	1,2%	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%
Reise	1,5%	1,5%	1,3%	0,5%	0,5%	0,5%
Haushalt (n)	658	962	1.297	1.535	1.216	248
Bildung (n)	136	135	28	75	103	5
Gesundheit-Sozial (n)	196	234	176	244	260	113
Reise (n)	22	31	30	12	9	2

Niederösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

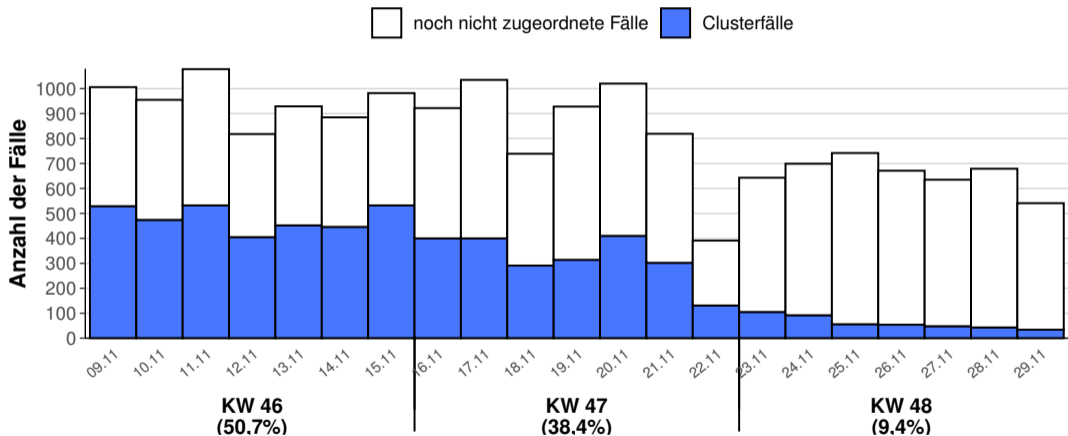
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Niederösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Epidemiologische Parameter I

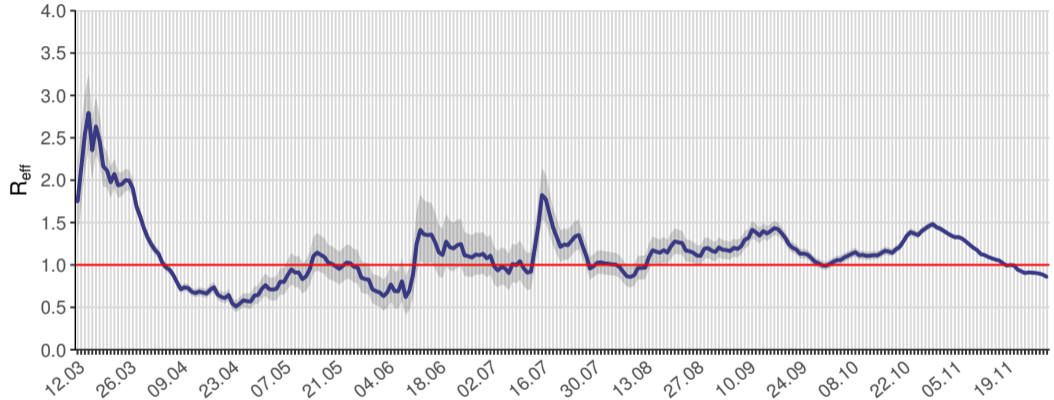


Abbildung 13: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Niederösterreich)

Niederösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 11: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Niederösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	1,00	(0,98 - 1,01)
22.11	0,95	(0,93 - 0,96)
23.11	0,92	(0,91 - 0,94)
24.11	0,90	(0,89 - 0,92)
25.11	0,91	(0,89 - 0,93)
26.11	0,91	(0,89 - 0,93)
27.11	0,90	(0,89 - 0,92)
28.11	0,90	(0,88 - 0,91)
29.11	0,88	(0,86 - 0,90)
30.11	0,86	(0,84 - 0,87)

Niederösterreich: Altersverteilung I

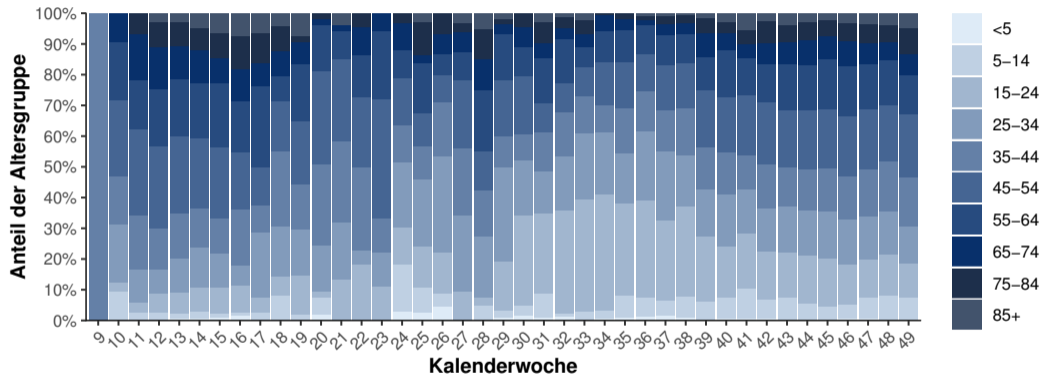


Abbildung 14: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Niederösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 12: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

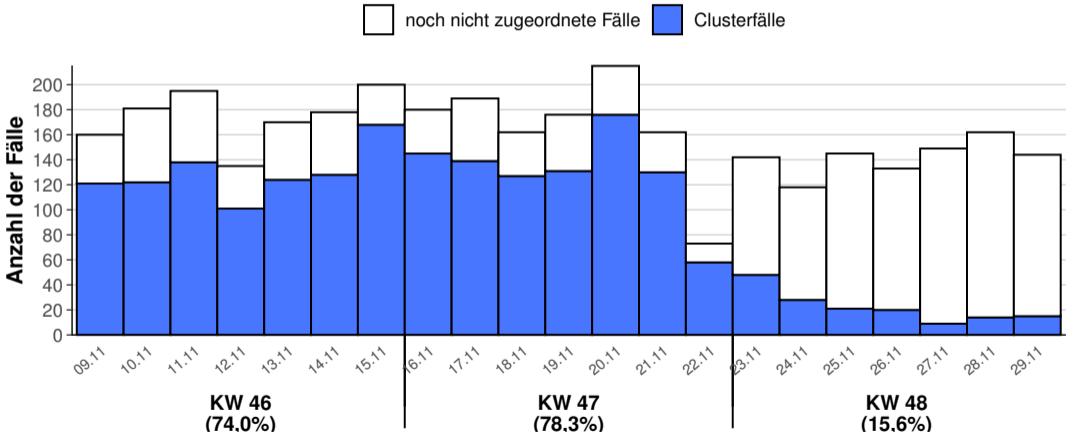
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	1.143	14	41.4	74
42	1.377	17	43.6	74
43	2.644	16	44.0	73
44	4.729	17	44.3	72
45	6.495	18	43.9	71
46	6.653	19	45.4	73
47	5.854	17	44.5	73
48	4.610	16	43.6	73

Niederösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

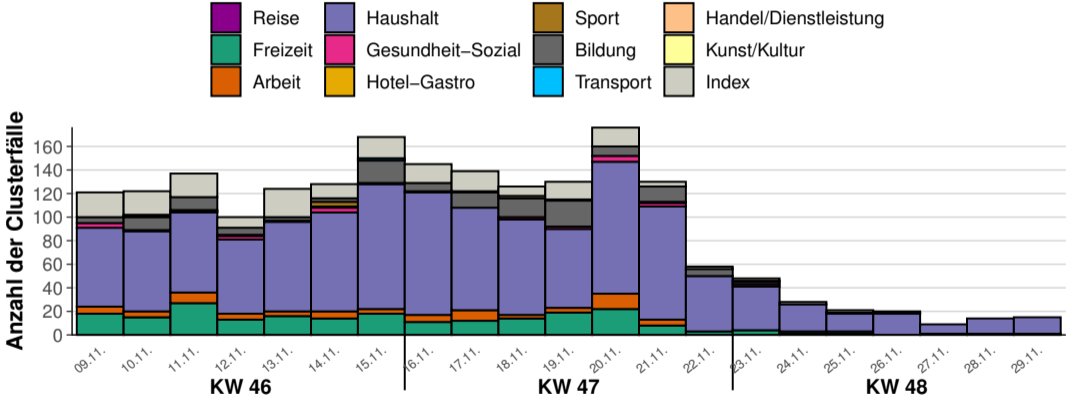
Tabelle 13: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	21	43,8	23	47,9	4	8,3	48	18	50,0	9	25,0	9	25,0	36
6-9	46	41,1	58	51,8	8	7,1	112	38	40,0	35	36,8	22	23,2	95
10-14	136	48,9	123	44,2	19	6,8	278	116	48,5	74	31,0	49	20,5	239
15-19	206	63,0	88	26,9	33	10,1	327	156	52,9	63	21,4	76	25,8	295
20-24	282	71,9	71	18,1	39	9,9	392	191	58,2	41	12,5	96	29,3	328
Total	691	59,7	363	31,4	103	8,9	1157	519	52,3	222	22,4	252	25,4	993

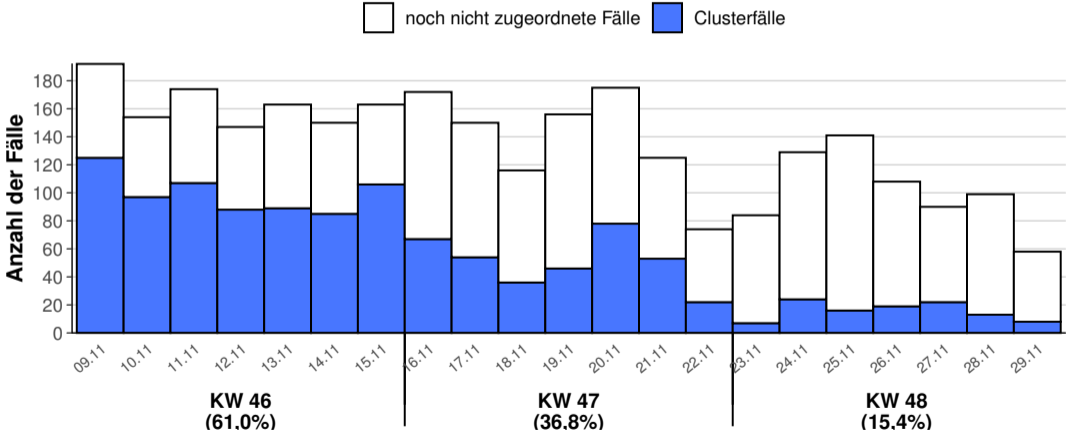
Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



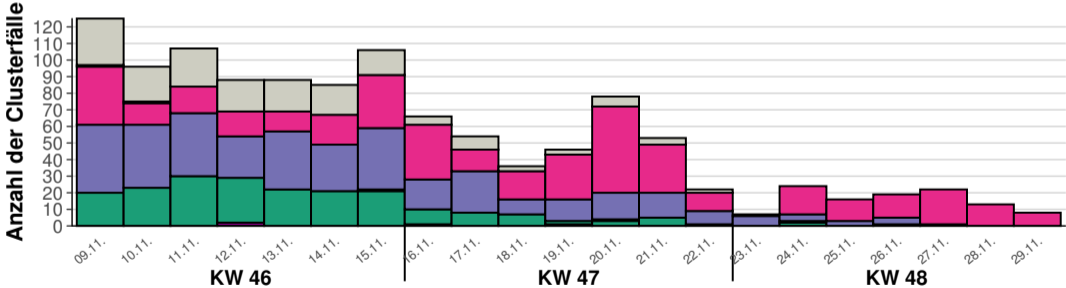
Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

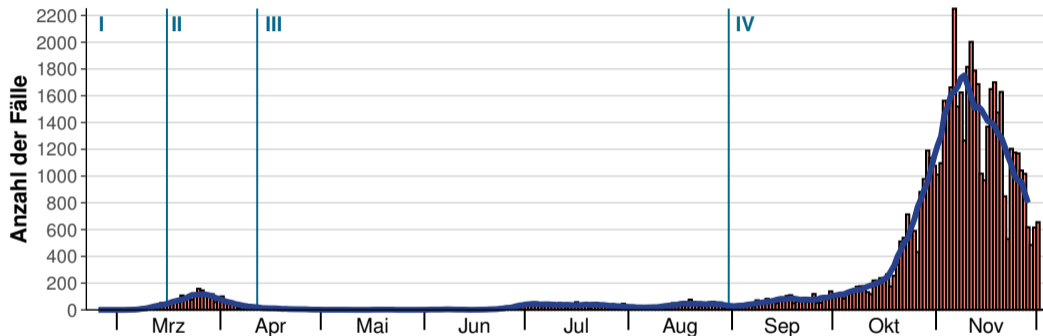


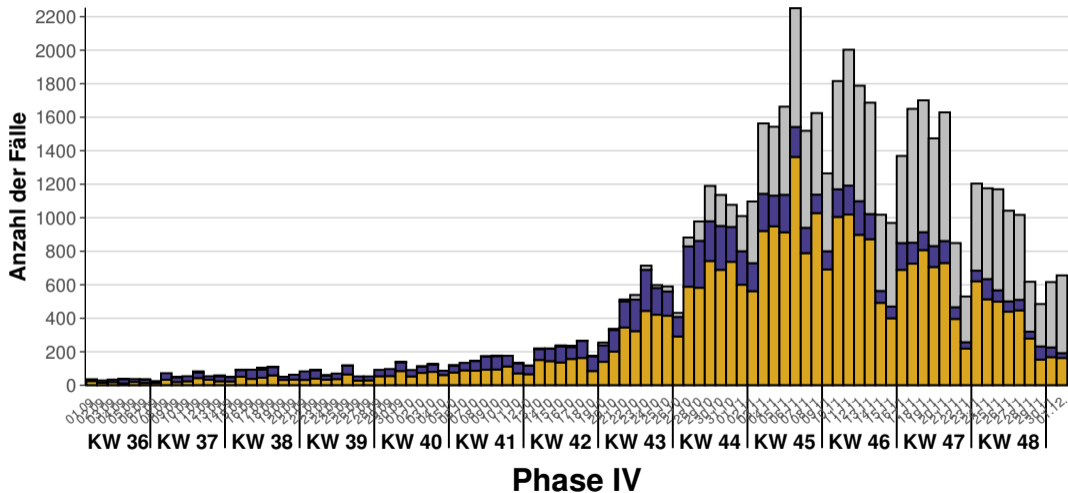
Abbildung 15: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Oberösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

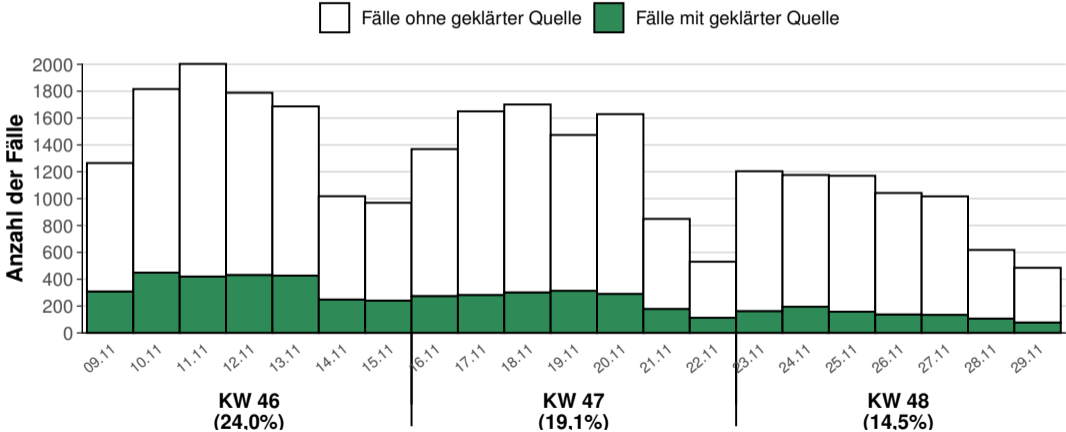
	43	44	45	46	47	48
Fälle Oberösterreich (N)	3.545	6.705	11.261	10.546	9.202	6.712
Fälle ungeklärt (n)	1.901	4.158	8.592	8.019	7.445	5.738
Indexfälle ³ (n)	527	908	1.388	1.069	734	275
Anteil geklärt	46,4%	38,0%	23,7%	24,0%	19,1%	14,5%
Fälle geklärt (n)	1.644	2.547	2.669	2.527	1.757	974
Clusterfälle (n)	2.120	3.379	3.915	3.340	2.395	1.118
sporadisch importierte Fälle (n)	17	23	7	18	4	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.583	2.462	2.549	2.268	1.657	844
Haushalt	44,0%	59,6%	73,5%	71,8%	73,0%	78,9%
Freizeit	22,7%	18,8%	12,0%	10,8%	4,2%	2,0%
Gesundheit-Sozial	17,3%	10,1%	12,0%	13,8%	20,3%	18,5%
Arbeit	5,7%	2,3%	1,5%	2,4%	1,6%	0,5%
Hotel-Gastro	1,0%	0,5%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Bildung	7,3%	7,7%	0,4%	0,9%	0,6%	0,0%
Transport	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Reise	0,9%	0,5%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%
Haushalt (n)	697	1.467	1.873	1.629	1.209	666
Bildung (n)	116	190	11	21	10	0
Gesundheit-Sozial (n)	274	249	306	313	337	156
Reise (n)	14	13	9	2	2	1

Oberösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

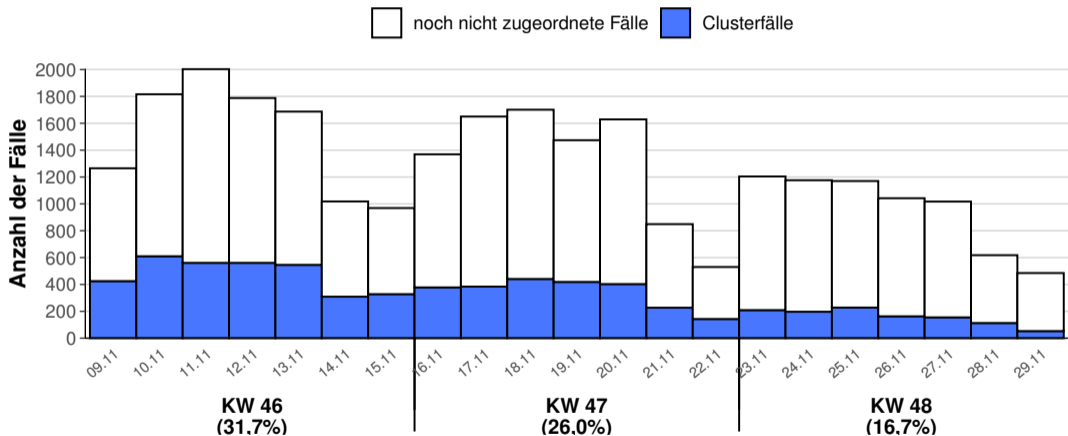
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Oberösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Epidemiologische Parameter I

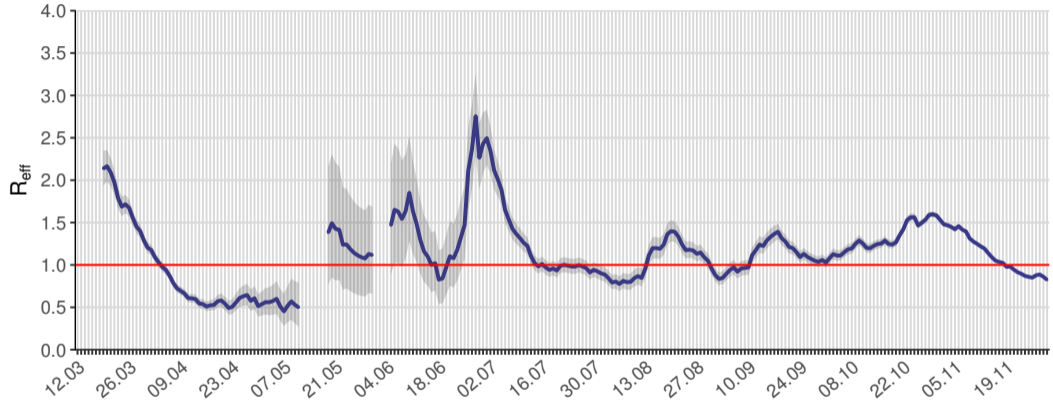


Abbildung 16: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Oberösterreich)

Oberösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 14: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Oberösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	0,94	(0,93 - 0,96)
22.11	0,91	(0,90 - 0,93)
23.11	0,90	(0,88 - 0,91)
24.11	0,87	(0,86 - 0,88)
25.11	0,86	(0,85 - 0,87)
26.11	0,85	(0,84 - 0,86)
27.11	0,88	(0,86 - 0,89)
28.11	0,89	(0,87 - 0,90)
29.11	0,86	(0,85 - 0,87)
30.11	0,82	(0,81 - 0,84)

Oberösterreich: Altersverteilung I

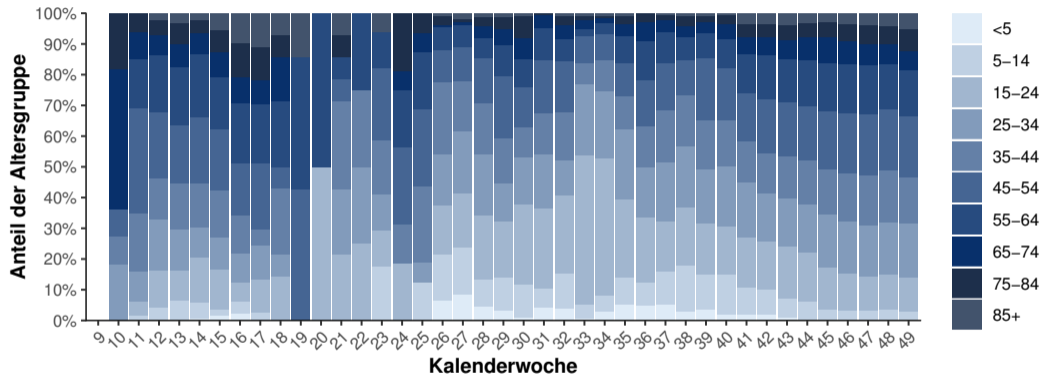


Abbildung 17: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Oberösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 15: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

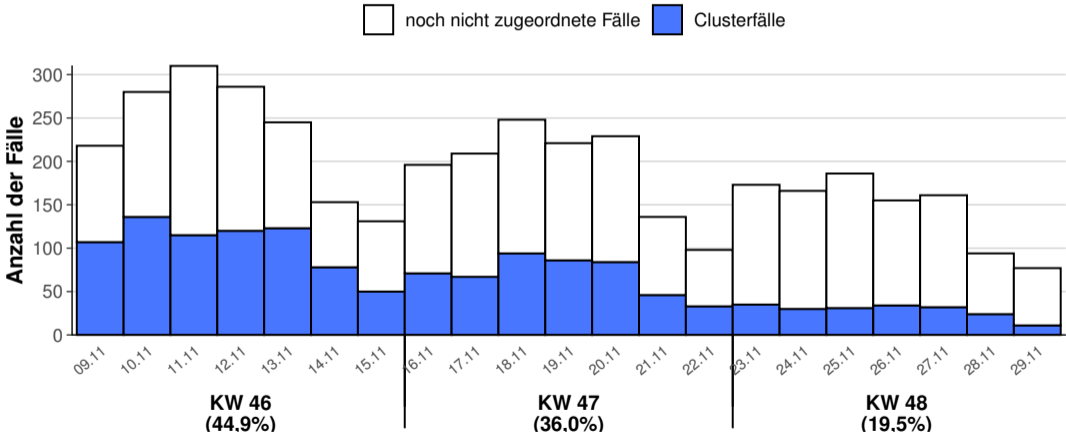
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	1.061	14	40.3	70.0
42	1.474	15	41.5	69.7
43	3.545	16	42.6	72.0
44	6.705	17	43.2	71.0
45	11.261	20	44.9	71.0
46	10.546	21	45.8	73.0
47	9.202	22	46.2	74.0
48	6.712	21	45.7	75.0

Oberösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

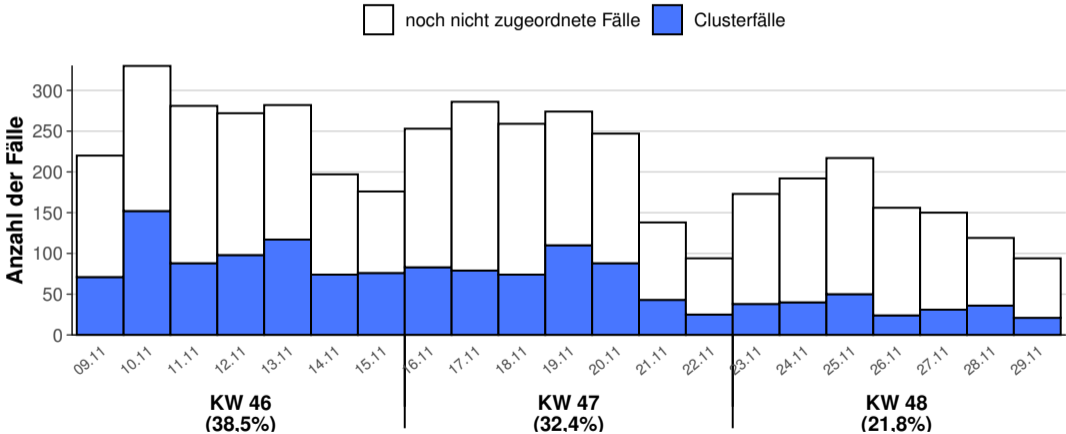
Tabelle 16: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<6	19	51,4	6	16,2	12	32,4	37	13	31,0	12	28,6	17	40,5	42
6-9	30	44,8	8	11,9	29	43,3	67	17	26,2	14	21,5	34	52,3	65
10-14	81	41,1	15	7,6	101	51,3	197	57	41,9	13	9,6	66	48,5	136
15-19	186	47,1	37	9,4	172	43,5	395	158	47,7	17	5,1	156	47,1	331
20-24	287	44,8	58	9,0	296	46,2	641	197	45,0	34	7,8	207	47,3	438
Total	603	45,1	124	9,3	610	45,6	1337	442	43,7	90	8,9	480	47,4	1012

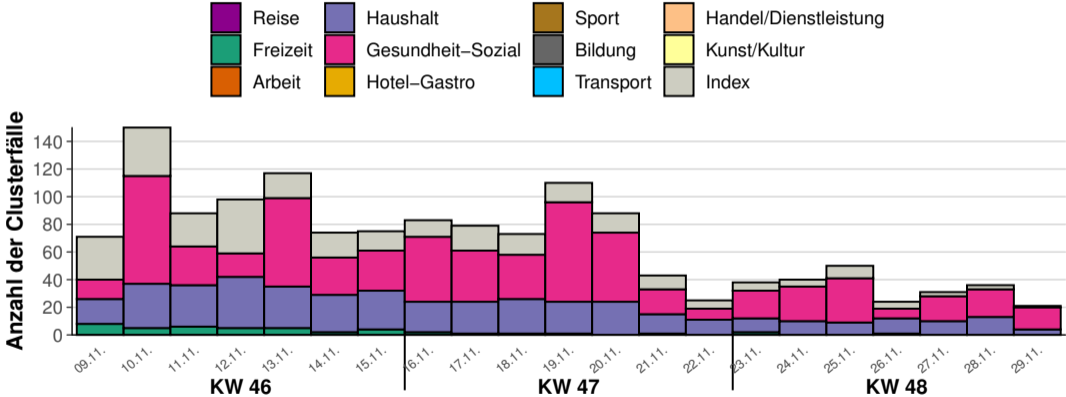
Oberösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

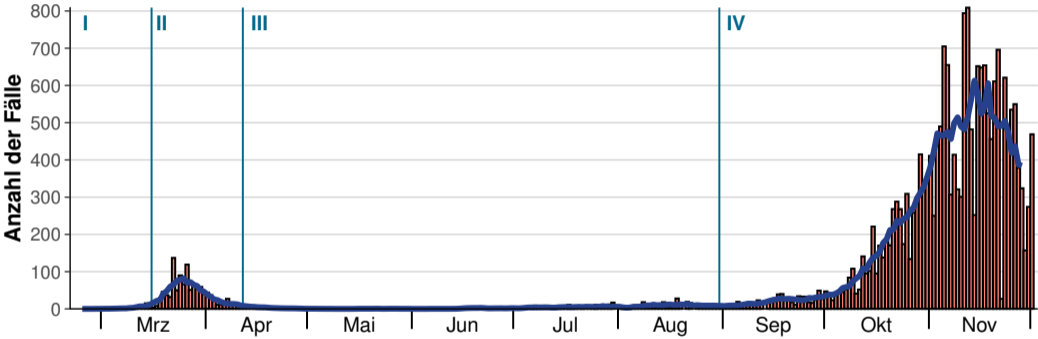


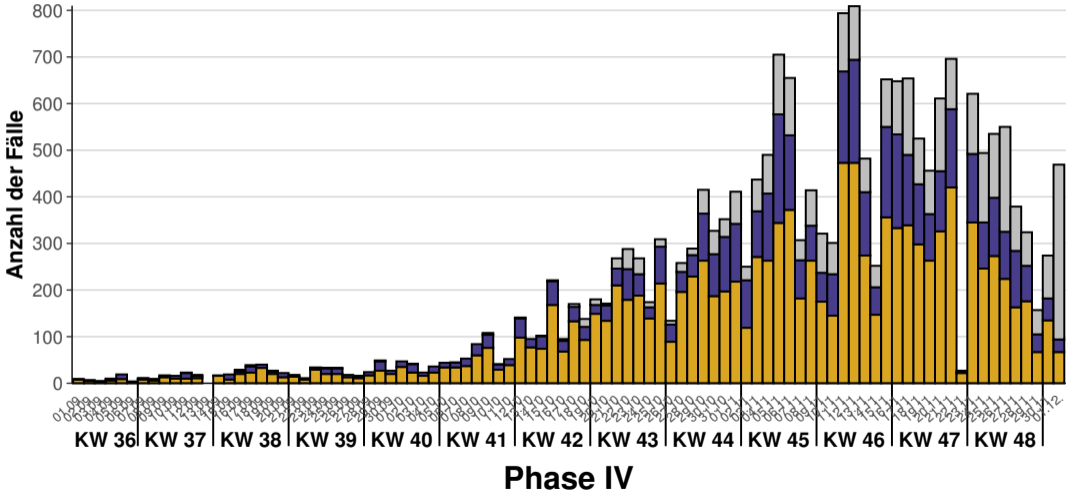
Abbildung 18: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Salzburg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

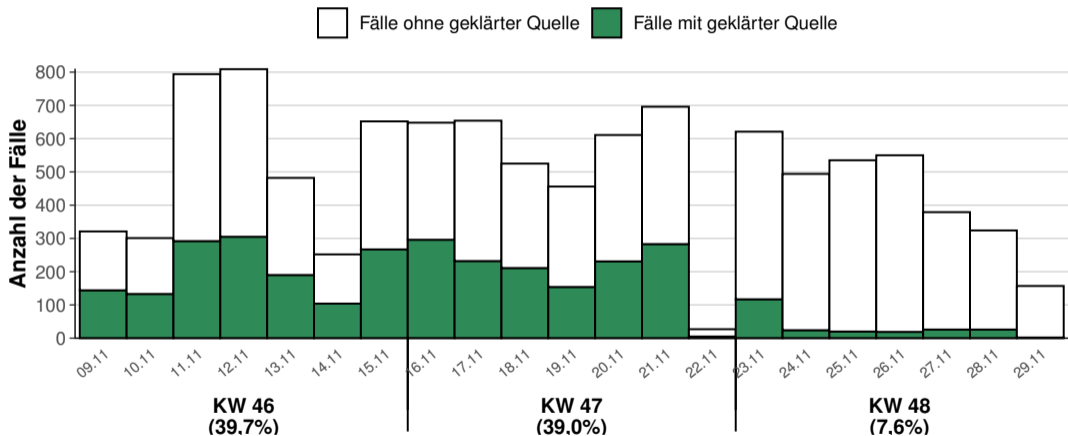
	43	44	45	46	47	48
Fälle Salzburg (N)	1.658	2.186	3.258	3.611	3.617	3.060
Fälle ungeklärt (n)	863	1.058	1.884	2.176	2.205	2.826
Indexfälle ³ (n)	322	464	695	715	566	38
Anteil geklärt	47,9%	51,6%	42,2%	39,7%	39,0%	7,6%
Fälle geklärt (n)	795	1.128	1.374	1.435	1.412	234
Clusterfälle (n)	1.083	1.560	2.024	2.103	1.940	182
sporadisch importierte Fälle (n)	24	20	34	23	17	8
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	753	1.107	1.318	1.383	1.365	144
Haushalt	55,2%	61,6%	68,0%	80,9%	84,0%	91,0%
Freizeit	21,5%	20,7%	18,5%	9,1%	5,2%	0,7%
Gesundheit-Sozial	7,3%	7,7%	7,6%	7,5%	10,1%	8,3%
Arbeit	8,0%	5,1%	3,3%	1,1%	0,4%	0,0%
Hotel-Gastro	0,5%	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	5,6%	3,3%	0,4%	1,1%	0,2%	0,0%
Transport	0,0%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%
Reise	1,3%	0,9%	0,8%	0,1%	0,1%	0,0%
Haushalt (n)	416	682	896	1.119	1.146	131
Bildung (n)	42	36	5	15	3	0
Gesundheit-Sozial (n)	55	85	100	104	138	12
Reise (n)	10	10	10	2	1	0

Salzburg: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

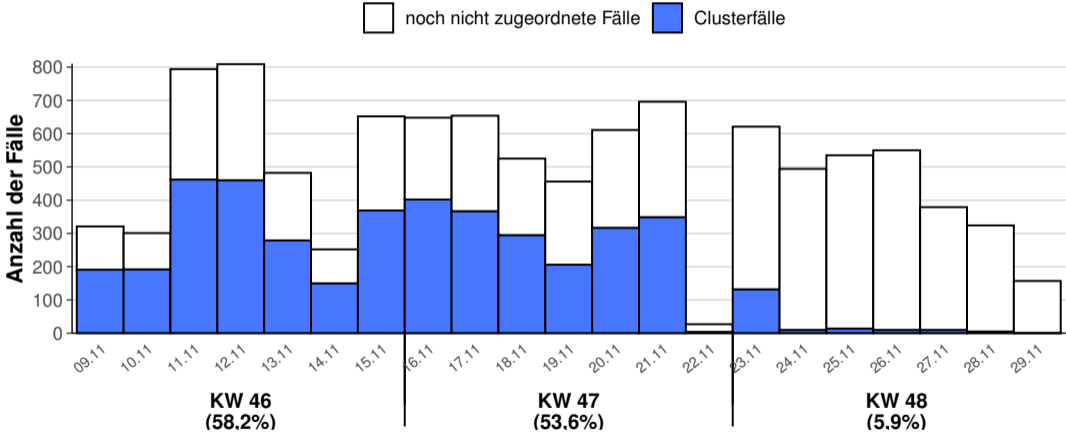
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Salzburg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Epidemiologische Parameter I

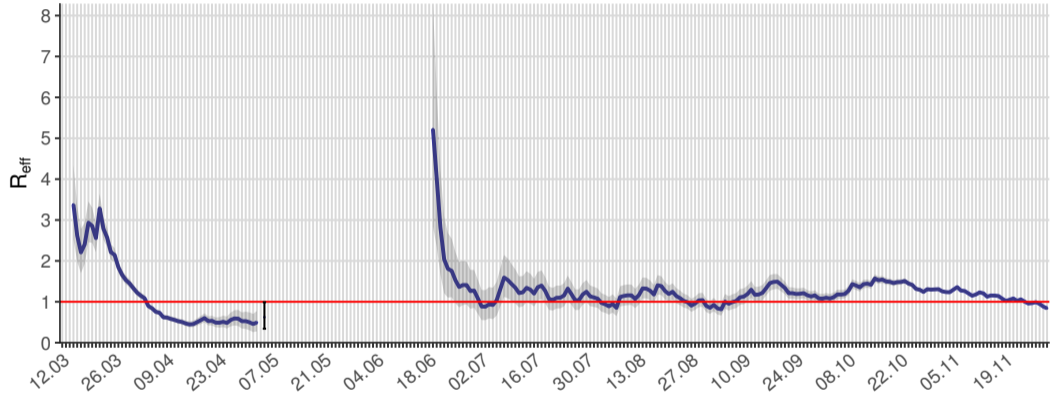


Abbildung 19: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Salzburg)

Salzburg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 17: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Salzburg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	1,08	(1,06 - 1,11)
22.11	1,02	(1,00 - 1,05)
23.11	1,06	(1,04 - 1,08)
24.11	1,00	(0,98 - 1,03)
25.11	0,96	(0,93 - 0,98)
26.11	0,97	(0,94 - 0,99)
27.11	0,99	(0,97 - 1,01)
28.11	0,95	(0,93 - 0,97)
29.11	0,88	(0,86 - 0,91)
30.11	0,84	(0,82 - 0,86)

Salzburg: Altersverteilung I

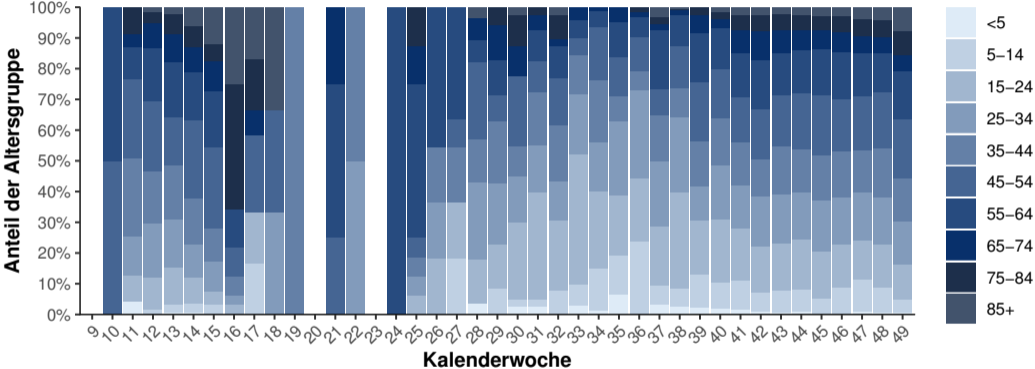


Abbildung 20: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Salzburg: Altersverteilung II

Tabelle 18: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

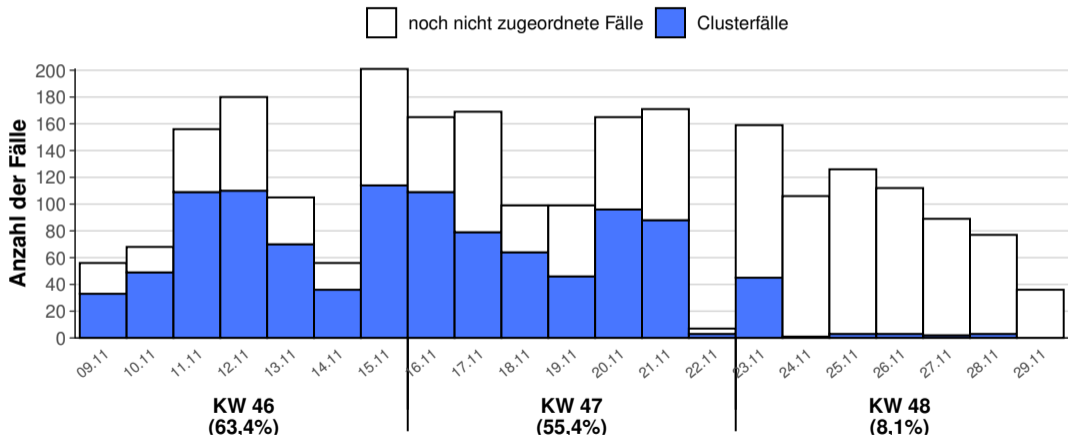
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	427	14	40.9	71.4
42	962	16	43.6	71.9
43	1.658	16	42.3	70.3
44	2.186	17	42.0	69.5
45	3.258	19	43.3	70.0
46	3.611	16	42.8	72.0
47	3.617	14	42.4	74.0
48	3.060	16	42.7	74.0

Salzburg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

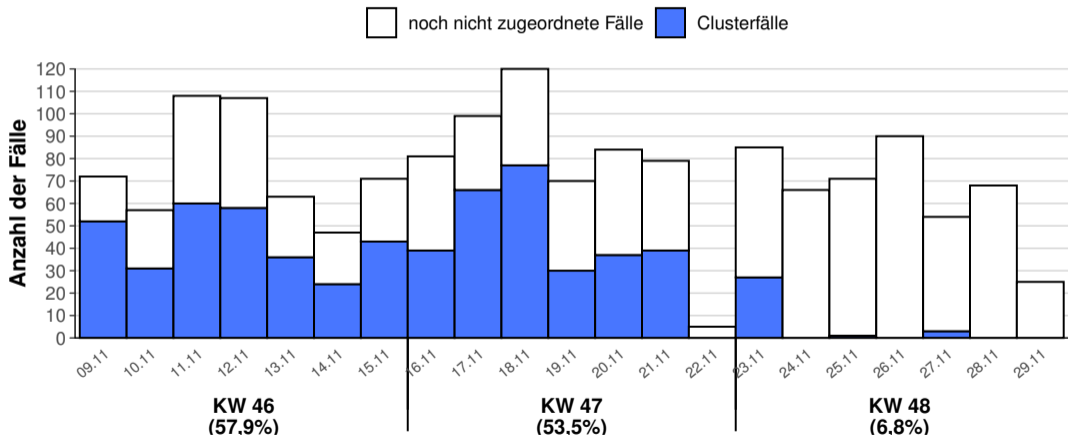
Tabelle 19: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<6	18	41,9	15	34,9	10	23,3	43	19	52,8	10	27,8	7	19,4	36
6-9	27	44,3	24	39,3	10	16,4	61	13	23,2	29	51,8	14	25,0	56
10-14	110	36,2	140	46,1	54	17,8	304	54	30,9	72	41,1	49	28,0	175
15-19	132	56,7	47	20,2	54	23,2	233	92	43,2	55	25,8	66	31,0	213
20-24	124	53,0	53	22,6	57	24,4	234	117	52,0	44	19,6	64	28,4	225
Total	411	47,0	279	31,9	185	21,1	875	295	41,8	210	29,8	200	28,4	705

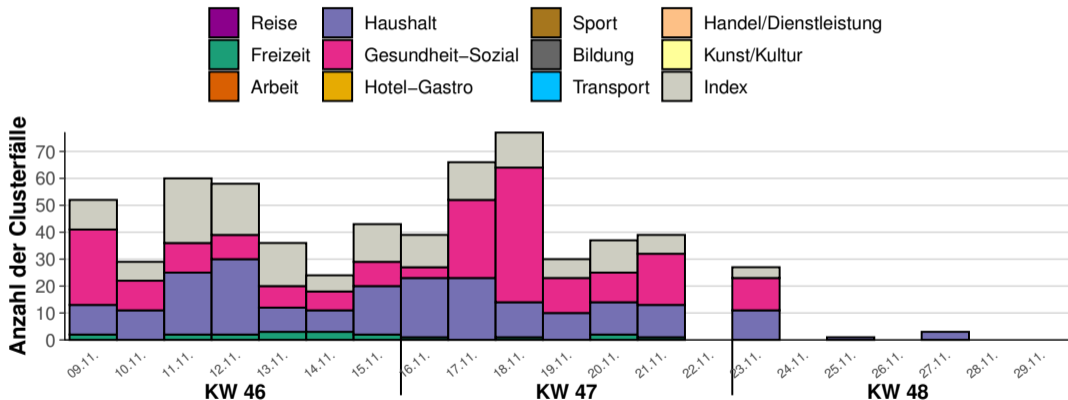
Salzburg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

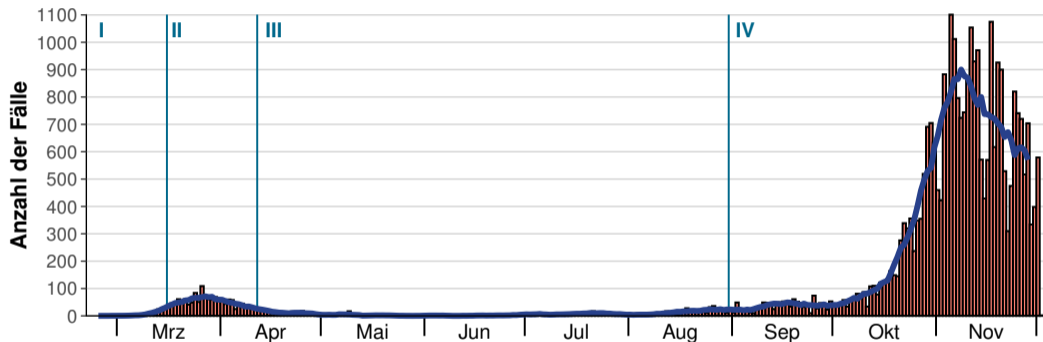


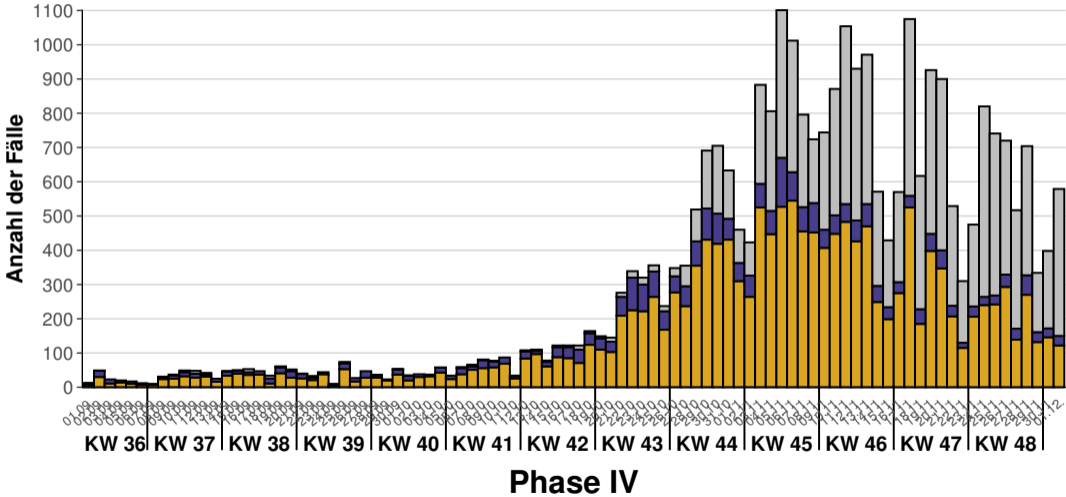
Abbildung 21: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Steiermark: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

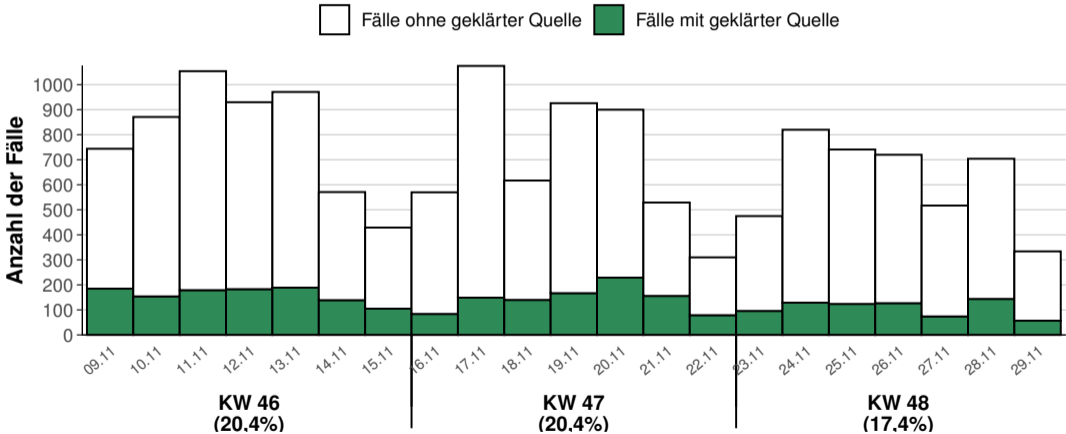
	43	44	45	46	47	48
Fälle Steiermark (N)	1.822	3.711	5.745	5.570	4.927	4.311
Fälle ungeklärt (n)	917	2.610	4.526	4.436	3.923	3.560
Indexfälle ³ (n)	291	349	465	389	246	91
Anteil geklärt	49,7%	29,7%	21,2%	20,4%	20,4%	17,4%
Fälle geklärt (n)	905	1.101	1.219	1.134	1.004	751
Clusterfälle (n)	1.155	1.388	1.637	1.484	1.219	831
sporadisch importierte Fälle (n)	15	5	1	5	3	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	864	1.039	1.167	1.092	972	740
Haushalt	38,0%	54,5%	57,2%	61,1%	49,4%	45,9%
Freizeit	16,1%	13,0%	18,0%	9,3%	6,4%	4,2%
Gesundheit-Sozial	25,9%	18,0%	21,9%	21,5%	42,1%	49,2%
Arbeit	6,9%	5,7%	1,7%	4,4%	1,4%	0,5%
Hotel-Gastro	1,0%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	6,9%	7,0%	0,9%	2,8%	0,7%	0,1%
Transport	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	3,0%	0,7%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Haushalt (n)	328	566	668	667	480	340
Bildung (n)	60	73	10	31	7	1
Gesundheit-Sozial (n)	224	187	256	235	409	364
Reise (n)	26	7	1	1	0	0

Steiermark: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

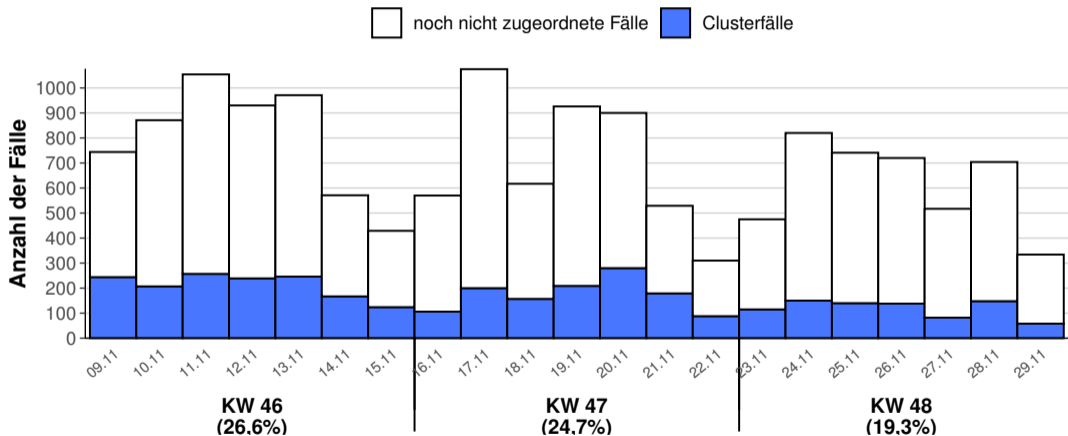
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



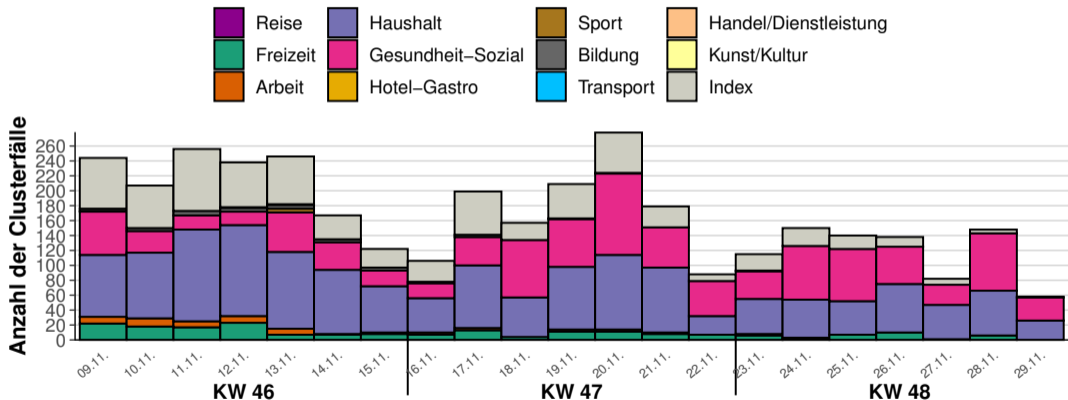
Steiermark: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Epidemiologische Parameter I

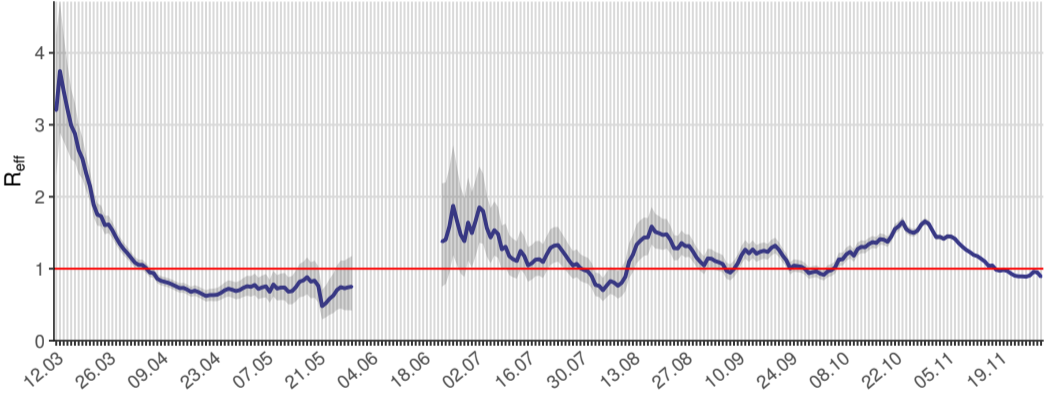


Abbildung 22: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Steiermark)

Steiermark: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 20: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Steiermark)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	0,97	(0,95 - 0,99)
22.11	0,93	(0,91 - 0,95)
23.11	0,90	(0,88 - 0,92)
24.11	0,89	(0,88 - 0,91)
25.11	0,89	(0,88 - 0,91)
26.11	0,89	(0,87 - 0,91)
27.11	0,91	(0,89 - 0,93)
28.11	0,96	(0,94 - 0,98)
29.11	0,95	(0,93 - 0,97)
30.11	0,89	(0,87 - 0,91)

Steiermark: Altersverteilung I

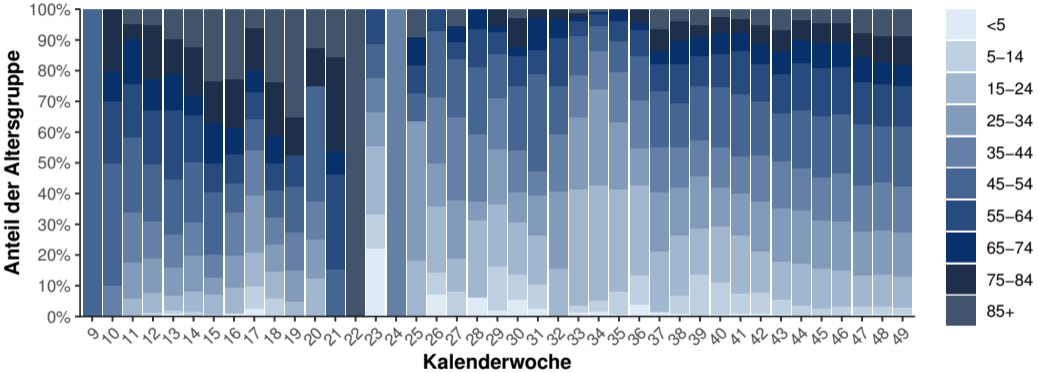


Abbildung 23: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Steiermark: Altersverteilung II

Tabelle 21: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

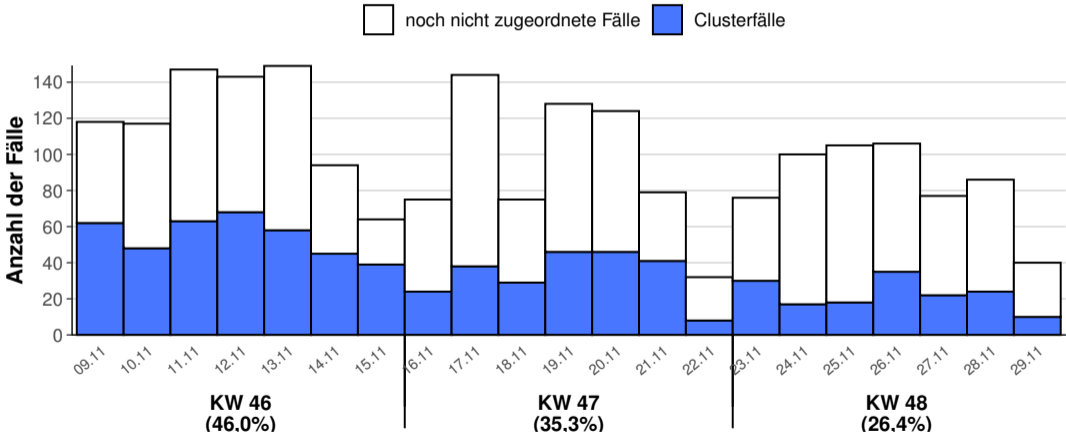
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	438	16	42.2	71
42	826	17	44.0	77
43	1.822	19	46.2	80
44	3.711	20	45.5	74
45	5.745	21	47.0	76
46	5.570	21	46.7	76
47	4.927	22	49.3	82
48	4.311	22	49.5	83

Steiermark: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

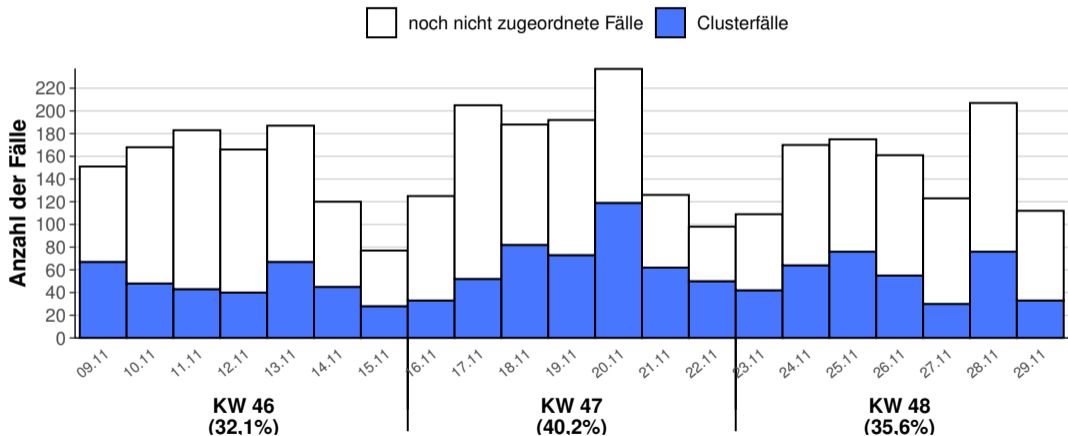
Tabelle 22: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation							klinische Manifestation						
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	9	25,7	7	20,0	19	54,3	35	11	34,4	4	12,5	17	53,1	32
6-9	17	43,6	5	12,8	17	43,6	39	13	43,3	5	16,7	12	40,0	30
10-14	43	46,2	7	7,5	43	46,2	93	32	39,5	11	13,6	38	46,9	81
15-19	93	49,5	8	4,3	87	46,3	188	70	46,4	5	3,3	76	50,3	151
20-24	142	47,0	9	3,0	151	50,0	302	125	42,2	13	4,4	158	53,4	296
Total	304	46,3	36	5,5	317	48,2	657	251	42,5	38	6,4	301	51,0	590

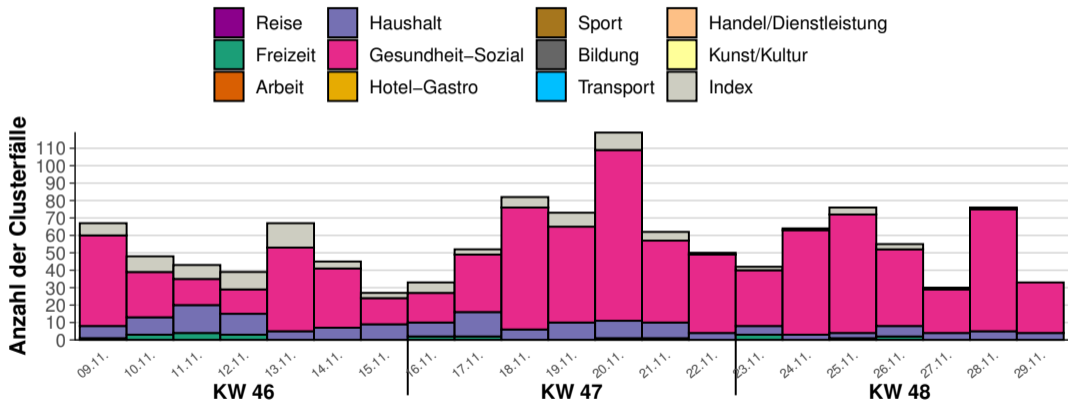
Steiermark: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

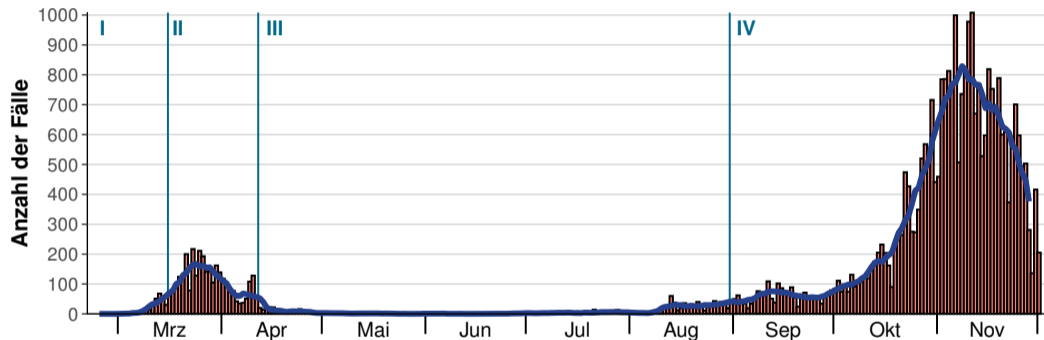


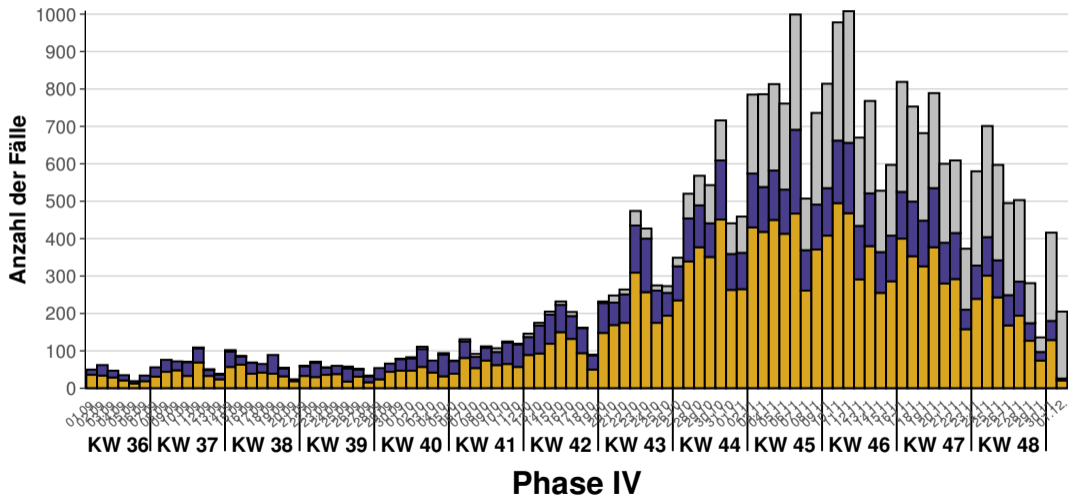
Abbildung 24: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Tirol: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

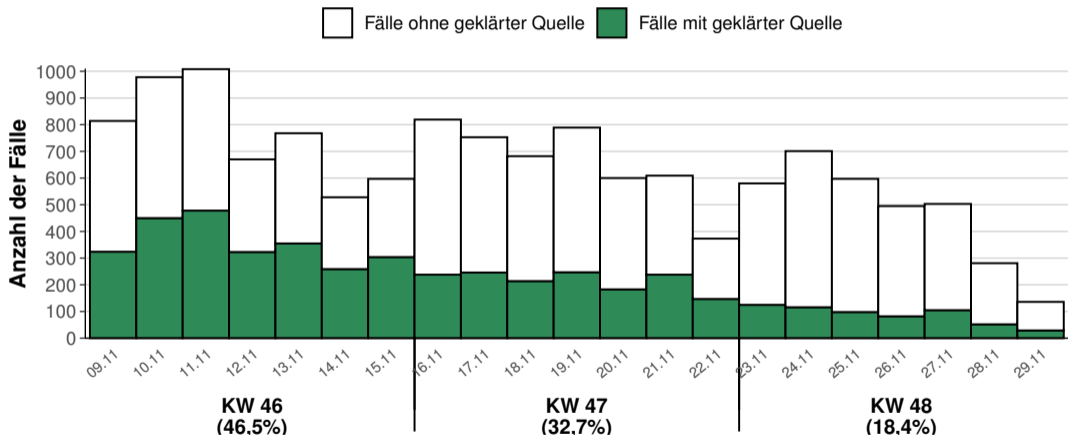
	43	44	45	46	47	48
Fälle Tirol (N)	2.193	3.596	5.387	5.363	4.625	3.293
Fälle ungeklärt (n)	993	1.832	3.057	2.870	3.112	2.686
Indexfälle ³ (n)	352	654	1.024	754	232	62
Anteil geklärt	54,7%	49,1%	43,3%	46,5%	32,7%	18,4%
Fälle geklärt (n)	1.200	1.764	2.330	2.493	1.513	607
Clusterfälle (n)	1.446	2.279	3.176	3.015	1.448	437
sporadisch importierte Fälle (n)	9	21	28	12	3	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.099	1.644	2.176	2.269	1.219	375
Haushalt	40,8%	56,5%	61,6%	64,2%	64,4%	57,9%
Freizeit	36,7%	27,2%	24,3%	21,6%	10,3%	4,8%
Gesundheit-Sozial	7,6%	8,3%	10,2%	8,9%	18,9%	34,4%
Arbeit	4,3%	1,1%	0,3%	0,7%	0,7%	0,0%
Hotel-Gastro	0,2%	0,9%	0,5%	0,0%	0,1%	0,0%
Bildung	5,8%	2,9%	0,5%	3,8%	5,2%	0,5%
Transport	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	2,1%	2,1%	2,2%	0,8%	0,4%	0,5%
Haushalt (n)	448	929	1.340	1.456	785	217
Bildung (n)	64	47	11	87	63	2
Gesundheit-Sozial (n)	83	137	222	202	231	129
Reise (n)	23	34	48	19	5	2

Tirol: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

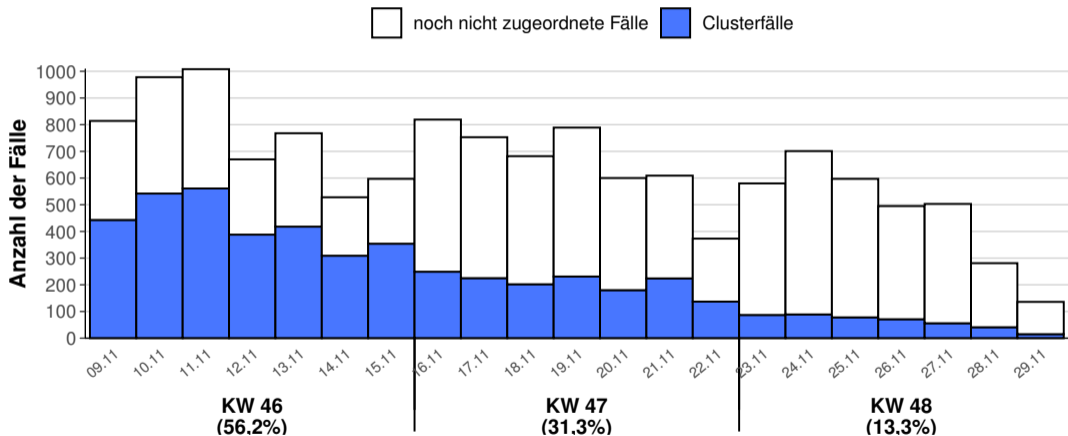
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



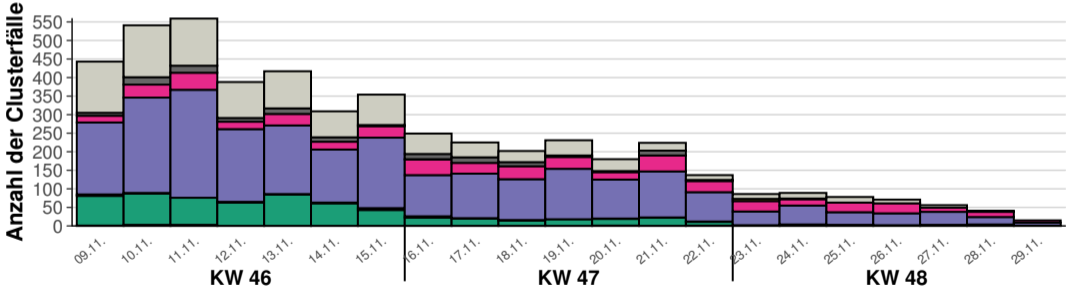
Tirol: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Epidemiologische Parameter I

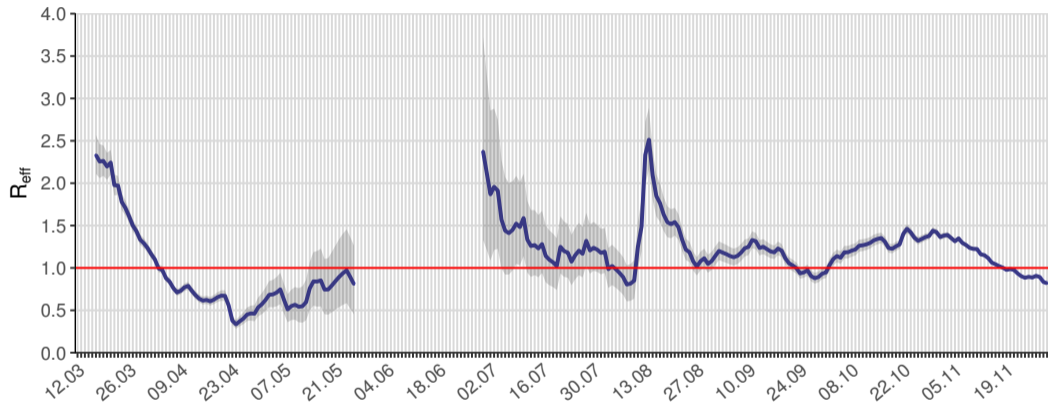


Abbildung 25: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Tirol)

Tirol: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 23: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Tirol)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	0,98	(0,96 - 1,00)
22.11	0,94	(0,92 - 0,95)
23.11	0,90	(0,88 - 0,92)
24.11	0,88	(0,87 - 0,90)
25.11	0,90	(0,88 - 0,91)
26.11	0,89	(0,87 - 0,91)
27.11	0,91	(0,89 - 0,93)
28.11	0,89	(0,87 - 0,91)
29.11	0,83	(0,82 - 0,85)
30.11	0,82	(0,80 - 0,84)

Tirol: Altersverteilung I

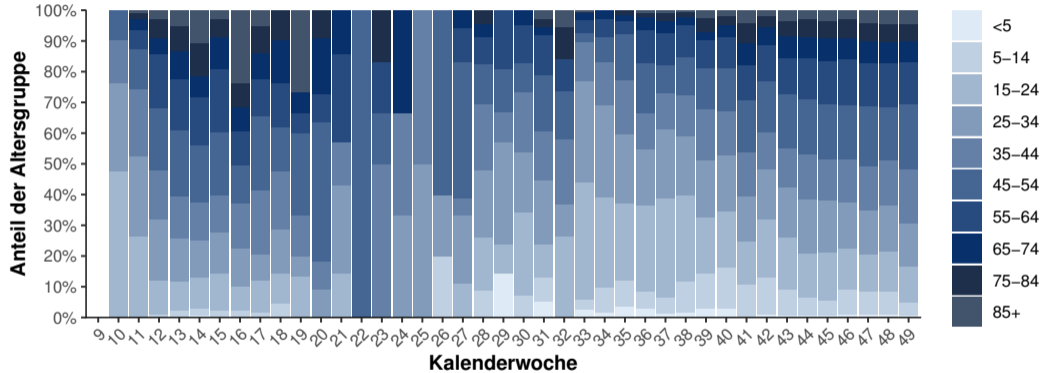


Abbildung 26: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Tirol: Altersverteilung II

Tabelle 24: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

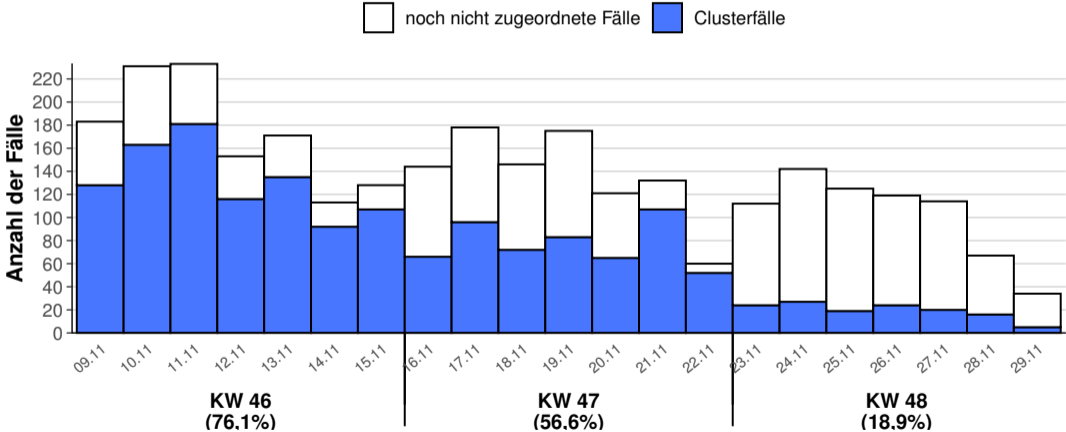
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	760	14	42.8	76
42	1.214	12	38.2	66
43	2.193	16	41.7	72
44	3.596	18	43.1	72
45	5.387	18	43.8	73
46	5.363	15	43.2	73
47	4.625	16	44.3	75
48	3.293	16	44.0	75

Tirol: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

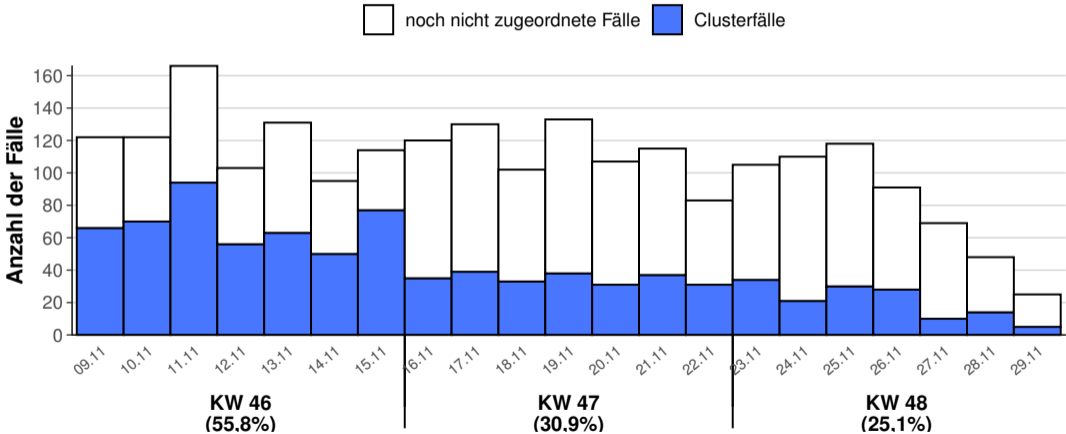
Tabelle 25: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	20	29,4	32	47,1	16	23,5	68	23	41,8	18	32,7	14	25,5	55
6-9	34	30,4	43	38,4	35	31,2	112	27	33,8	26	32,5	27	33,8	80
10-14	72	34,3	77	36,7	61	29,0	210	37	25,9	41	28,7	65	45,5	143
15-19	110	43,0	55	21,5	91	35,5	256	74	37,0	34	17,0	92	46,0	200
20-24	169	54,5	38	12,3	103	33,2	310	111	47,2	26	11,1	98	41,7	235
Total	405	42,4	245	25,6	306	32,0	956	272	38,1	145	20,3	296	41,5	713

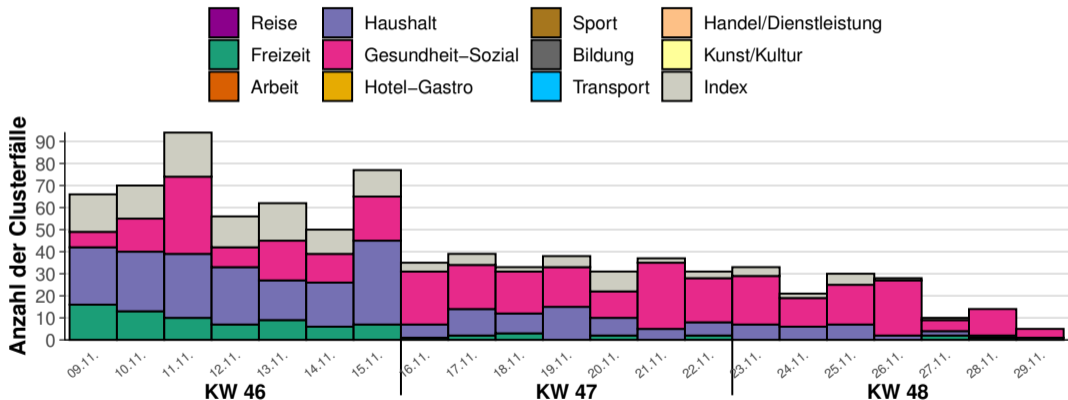
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

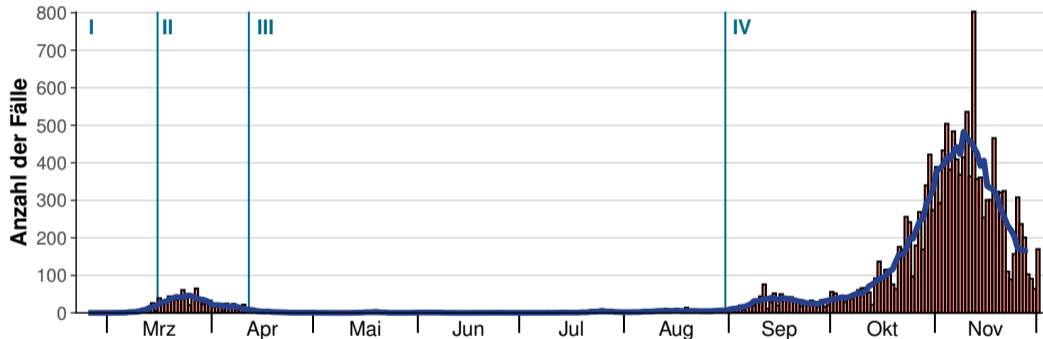


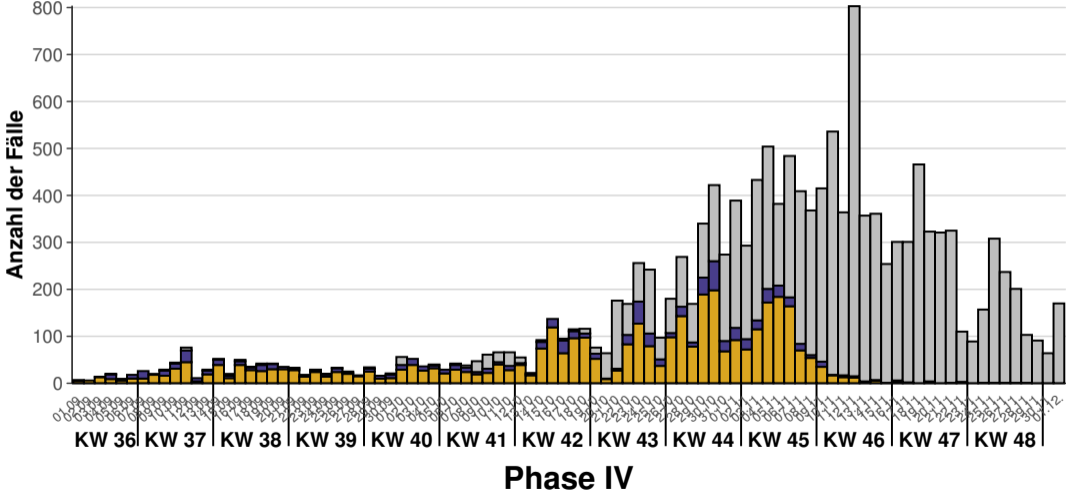
Abbildung 27: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Vorarlberg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

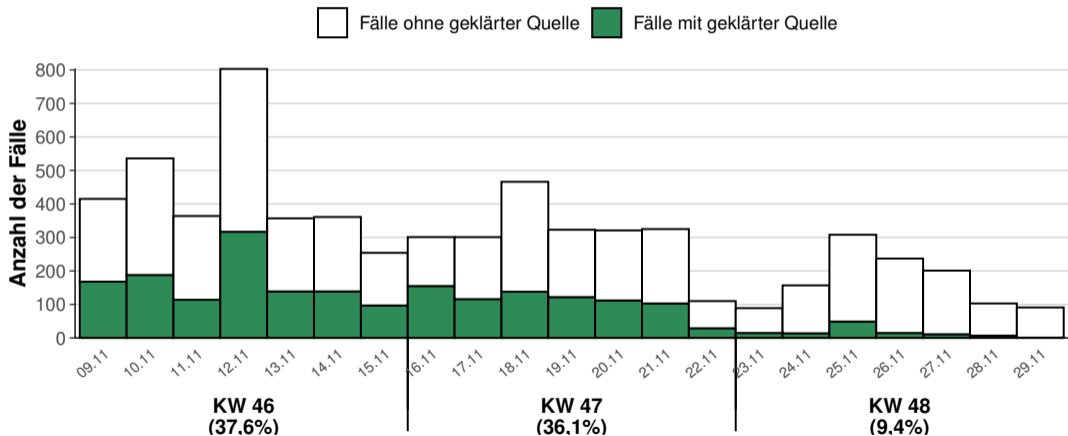
	43	44	45	46	47	48
Fälle Vorarlberg (N)	1.080	2.043	2.873	3.090	2.147	1.186
Fälle ungeklärt (n)	472	1.208	1.903	1.928	1.372	1.074
Indexfälle ³ (n)	180	338	515	315	134	5
Anteil geklärt	56,3%	40,9%	33,8%	37,6%	36,1%	9,4%
Fälle geklärt (n)	608	835	970	1.162	775	112
Clusterfälle (n)	769	1.167	1.480	1.469	899	115
sporadisch importierte Fälle (n)	16	3	5	6	7	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	578	829	956	1.151	766	110
Haushalt	49,1%	69,4%	73,4%	77,2%	67,2%	60,0%
Freizeit	25,3%	16,3%	15,7%	12,0%	9,7%	0,9%
Gesundheit-Sozial	3,8%	3,7%	5,6%	4,3%	16,7%	39,1%
Arbeit	7,4%	4,7%	3,0%	4,3%	3,4%	0,0%
Hotel-Gastro	0,0%	0,5%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
Bildung	12,5%	4,0%	1,4%	1,3%	1,8%	0,0%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Reise	0,5%	0,1%	0,2%	0,5%	1,0%	0,0%
Haushalt (n)	284	575	702	888	515	66
Bildung (n)	72	33	13	15	14	0
Gesundheit-Sozial (n)	22	31	54	50	128	43
Reise (n)	3	1	2	6	8	0

Vorarlberg: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

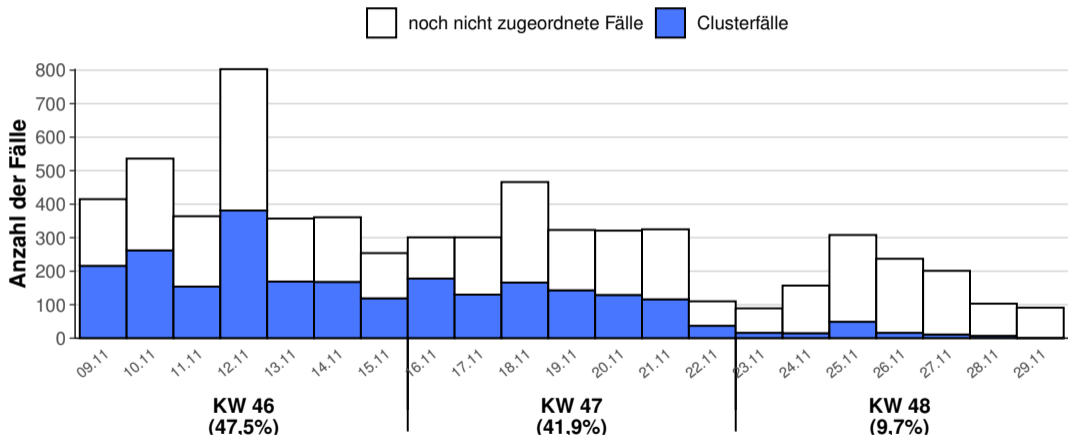
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Vorarlberg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Epidemiologische Parameter I

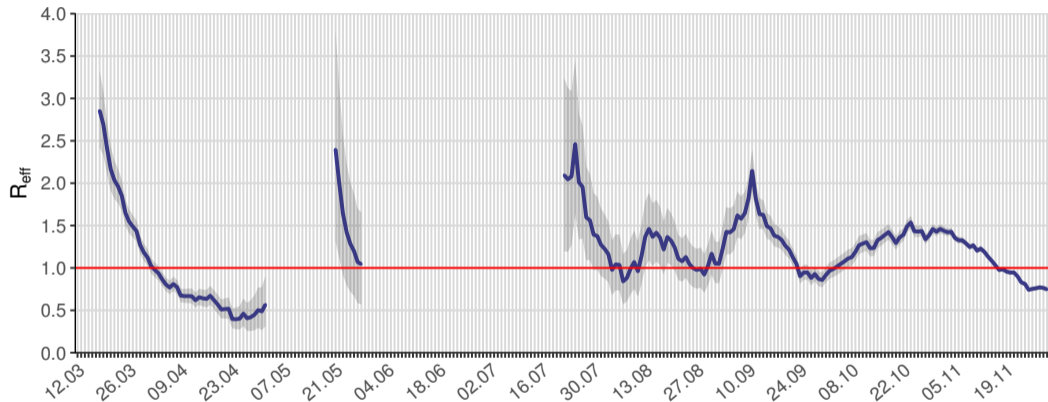


Abbildung 28: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Vorarlberg)

Vorarlberg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 26: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Vorarlberg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	0,95	(0,92 - 0,97)
22.11	0,90	(0,87 - 0,93)
23.11	0,83	(0,81 - 0,85)
24.11	0,81	(0,79 - 0,84)
25.11	0,74	(0,72 - 0,77)
26.11	0,75	(0,73 - 0,78)
27.11	0,76	(0,73 - 0,79)
28.11	0,77	(0,74 - 0,80)
29.11	0,76	(0,74 - 0,79)
30.11	0,75	(0,72 - 0,77)

Vorarlberg: Altersverteilung I

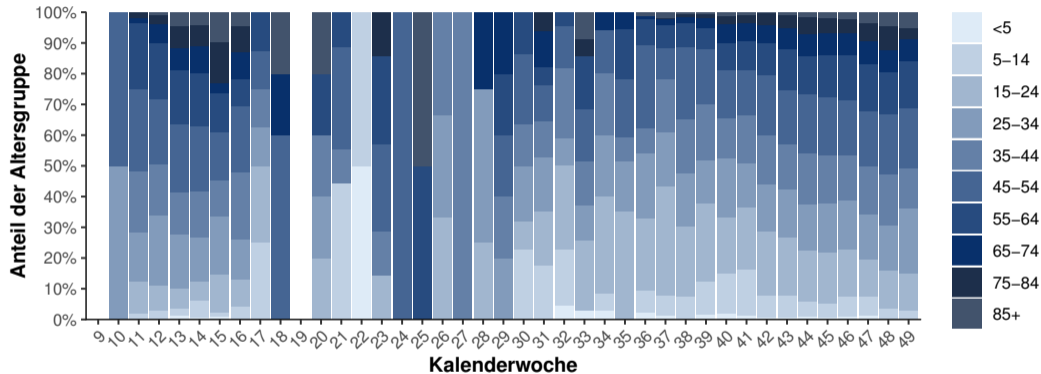


Abbildung 29: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Vorarlberg: Altersverteilung II

Tabelle 27: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

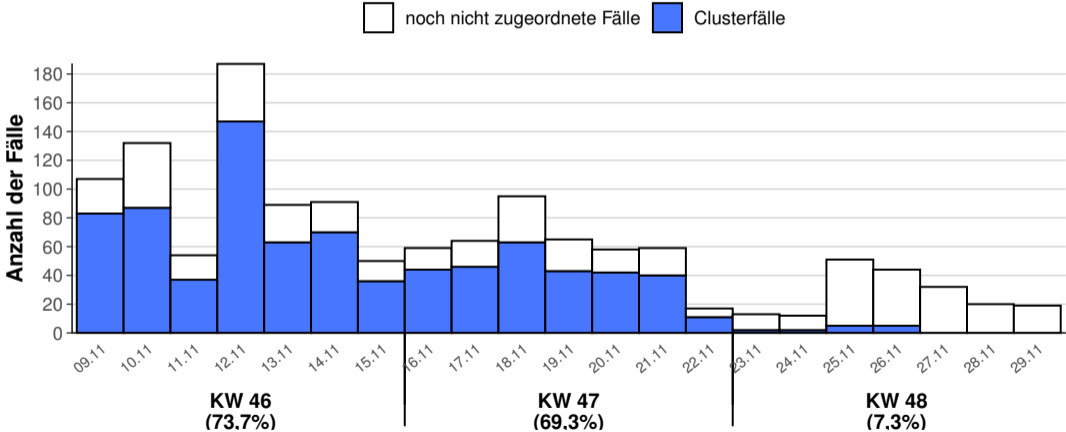
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	349	12	35.7	62.2
42	632	15	38.8	64.0
43	1.080	16	40.3	66.1
44	2.043	17	42.3	71.0
45	2.873	18	42.5	70.0
46	3.090	16	42.3	69.0
47	2.147	17	44.5	73.0
48	1.186	20	46.6	77.0

Vorarlberg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

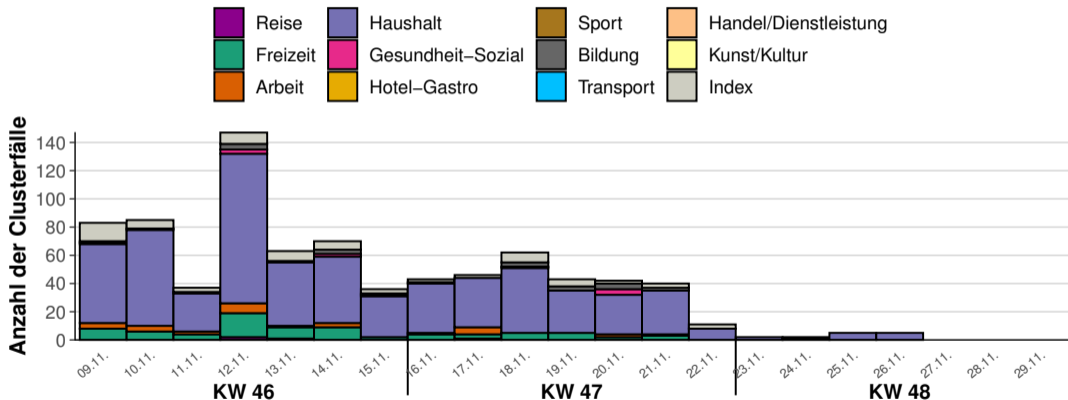
Tabelle 28: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	0	0,0	0	0,0	32	100,0	32	0	0,0	0	0,0	5	100,0	5
6-9	0	0,0	0	0,0	37	100,0	37	0	0,0	0	0,0	9	100,0	9
10-14	0	0,0	1	1,1	91	98,9	92	0	0,0	0	0,0	30	100,0	30
15-19	0	0,0	0	0,0	118	100,0	118	0	0,0	0	0,0	73	100,0	73
20-24	0	0,0	0	0,0	138	100,0	138	0	0,0	0	0,0	74	100,0	74
Total	0	0,0	1	0,2	416	99,8	417	0	0,0	0	0,0	191	100,0	191

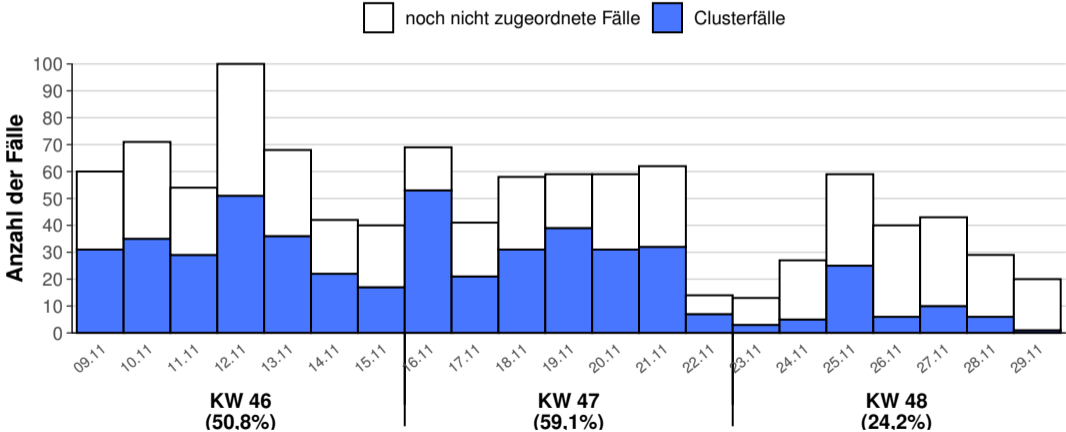
Vorarlberg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



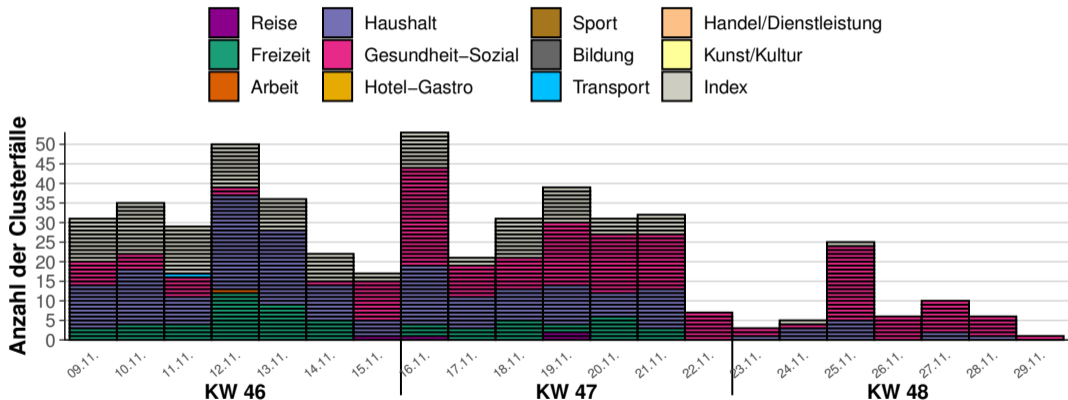
Vorarlberg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Wien: Zeitlicher Verlauf bis 02.12.2020

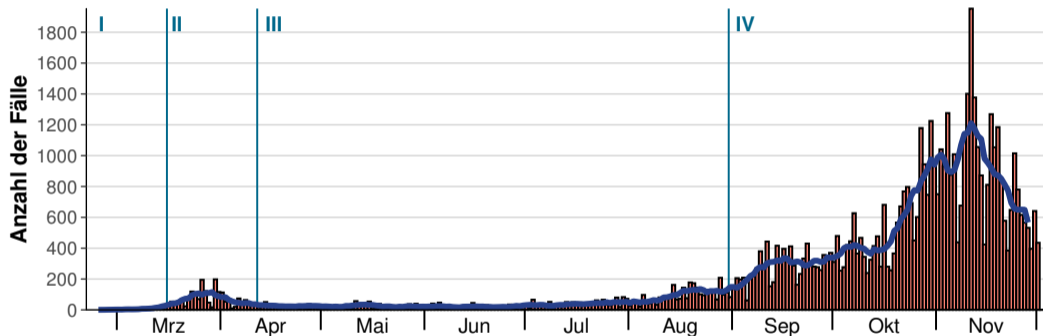
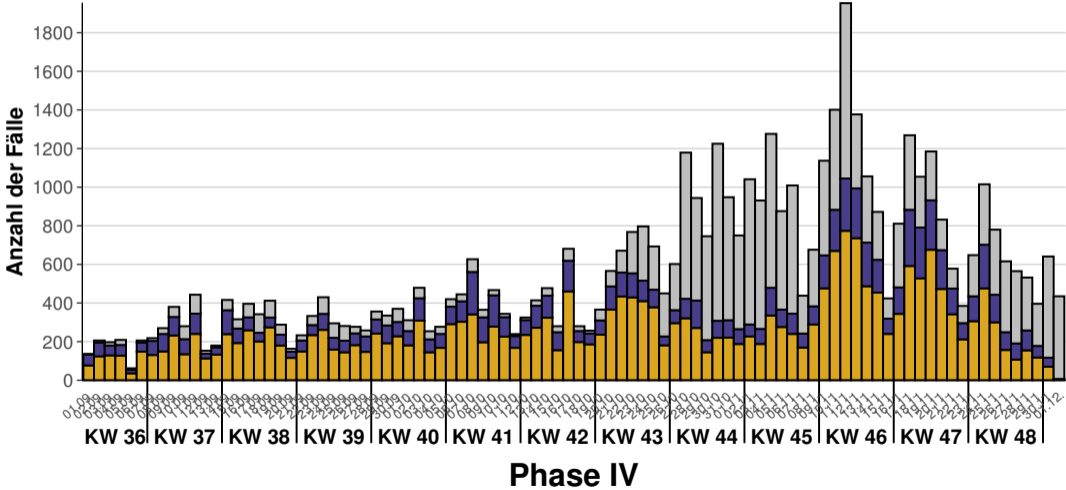


Abbildung 30: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Wien: Phase IV 01.09.2020 – 02.12.2020

Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Wien: Epidemiologische Parameter I

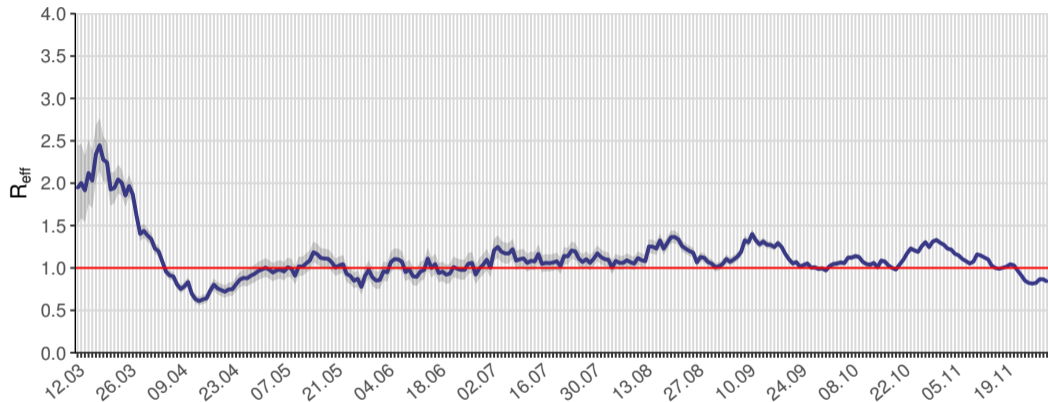


Abbildung 31: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 01.12. und 02.12. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Wien)

Wien: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 29: Schätzwerte des R_{eff} vom 21.11. bis zum 30.11.. (Wien)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
21.11	1,03	(1,01 - 1,05)
22.11	0,97	(0,95 - 0,99)
23.11	0,91	(0,90 - 0,93)
24.11	0,85	(0,83 - 0,87)
25.11	0,82	(0,81 - 0,84)
26.11	0,82	(0,80 - 0,83)
27.11	0,82	(0,81 - 0,84)
28.11	0,87	(0,85 - 0,88)
29.11	0,87	(0,85 - 0,88)
30.11	0,84	(0,82 - 0,86)

Wien: Altersverteilung I

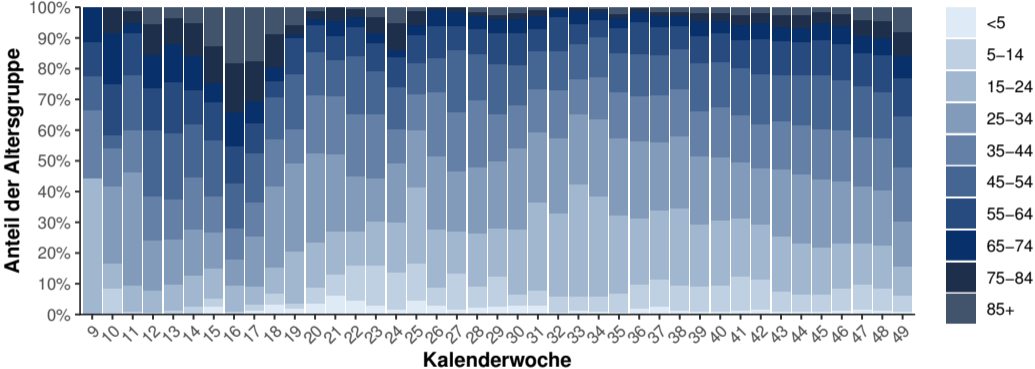


Abbildung 32: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Wien: Altersverteilung II

Tabelle 30: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
41	2.907	13	37.5	65
42	2.714	14	38.3	65
43	4.311	16	39.4	66
44	6.394	18	40.1	67
45	6.247	18	40.2	66
46	8.220	16	40.3	67
47	6.114	15	41.6	73
48	4.552	16	42.3	74

Wien: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 47, KW 48)

Tabelle 31: Verteilung der Infektionsfälle (KW 47 - 48 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 47							KW 48						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	55	43,7	46	36,5	25	19,8	126	21	26,6	18	22,8	40	50,6	79
6-9	68	43,9	54	34,8	33	21,3	155	23	21,1	38	34,9	48	44,0	109
10-14	148	47,4	100	32,1	64	20,5	312	66	32,0	50	24,3	90	43,7	206
15-19	195	55,9	76	21,8	78	22,3	349	86	34,3	53	21,1	112	44,6	251
20-24	273	59,0	84	18,1	106	22,9	463	140	37,4	69	18,4	165	44,1	374
Total	739	52,6	360	25,6	306	21,8	1405	336	33,0	228	22,4	455	44,7	1019

Covid-19, Maßnahmenbewertung

AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance

02.12.2020 09:00 (auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 02.12.2020 07:00)

Österreich

Zusammenfassung

Tabelle 1: Österreich, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen. Informationen betreffend Abklärung und Setting der Übertragung beziehen sich auf die Anzahl der Fälle von Österreich exklusive der Fälle mit Wohnort Bundesland Wien.

	43	44	45	46	47	48
Fälle ¹ Österreich (N)	18.114	31.591	44.758	47.965	40.859	31.310
Fälle ¹ Wien (N)	4.311	6.394	6.247	8.220	6.114	4.552
Fälle ¹ Österreich exkl. Wien (N)	13.803	25.197	38.511	39.745	34.745	26.758
Fälle ungeklärt ² (n)	6.541	14.327	25.946	26.237	24.840	22.547
Indexfälle ³ (n)	2.224	3.719	5.599	4.799	2.922	824
Anteil geklärt	52,6%	43,1%	32,6%	34,0%	28,5%	15,7%
Fälle geklärt ⁴ (n)	7.262	10.870	12.565	13.508	9.905	4.211
Clusterfälle ⁵ (n)	9.079	14.092	17.527	17.509	12.152	4.436
sporadisch importierte Fälle (n)	118	103	98	74	39	10
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	6.837	10.394	11.944	12.699	9.220	3.611
Haushalt	44,4%	55,5%	64,1%	67,4%	69,4%	63,8%
Freizeit	23,5%	21,3%	20,0%	15,1%	7,2%	2,9%
Gesundheit-Sozial	13,3%	10,3%	10,3%	11,4%	18,1%	31,8%
Arbeit	7,2%	4,3%	2,9%	3,2%	2,5%	0,7%
Hotel-Gastro	1,1%	1,0%	0,6%	0,1%	0,1%	0,0%
Bildung	7,5%	5,5%	0,7%	2,1%	2,3%	0,3%
Transport	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Reise	1,4%	1,0%	0,9%	0,3%	0,3%	0,1%
Haushalt (n)	3.034	5.772	7.662	8.560	6.400	2.305
Bildung (n)	514	571	87	272	208	12
Gesundheit-Sozial (n)	908	1.074	1.225	1.454	1.671	1.149
Reise (n)	98	101	109	43	25	5

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissentlicher Quelle

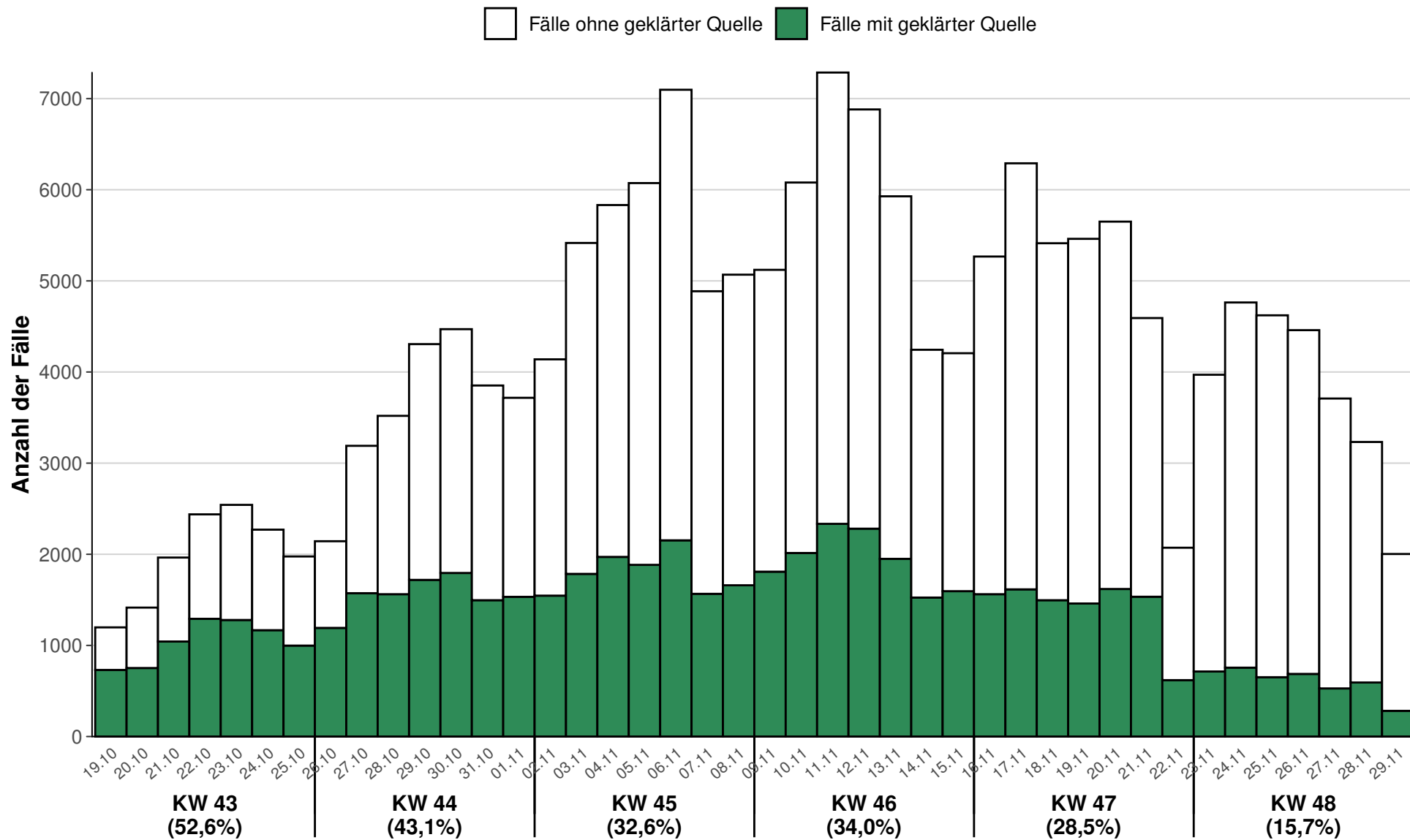
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

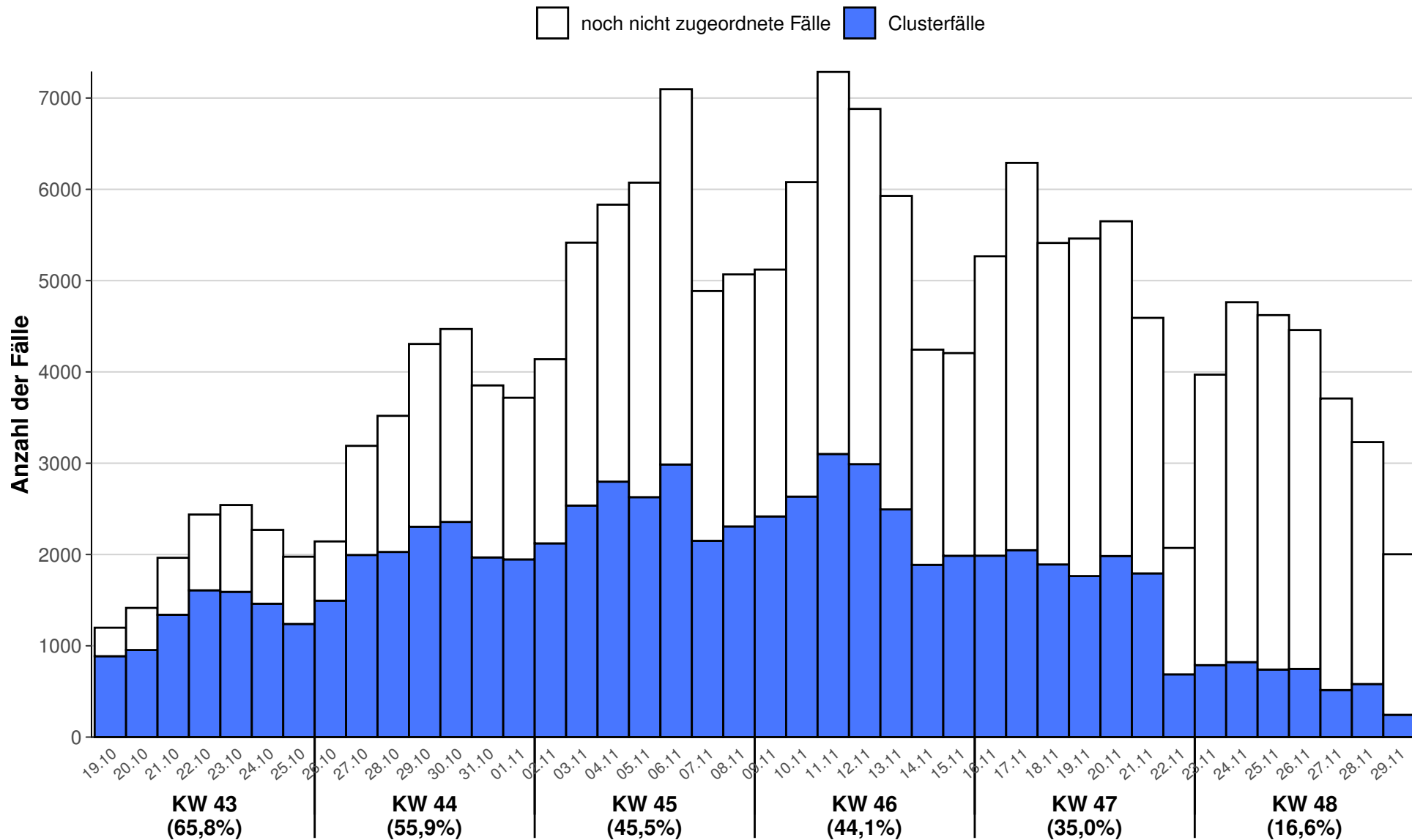
Geklärte Fälle

Abbildung 1: Österreich (exklusive Wien), Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



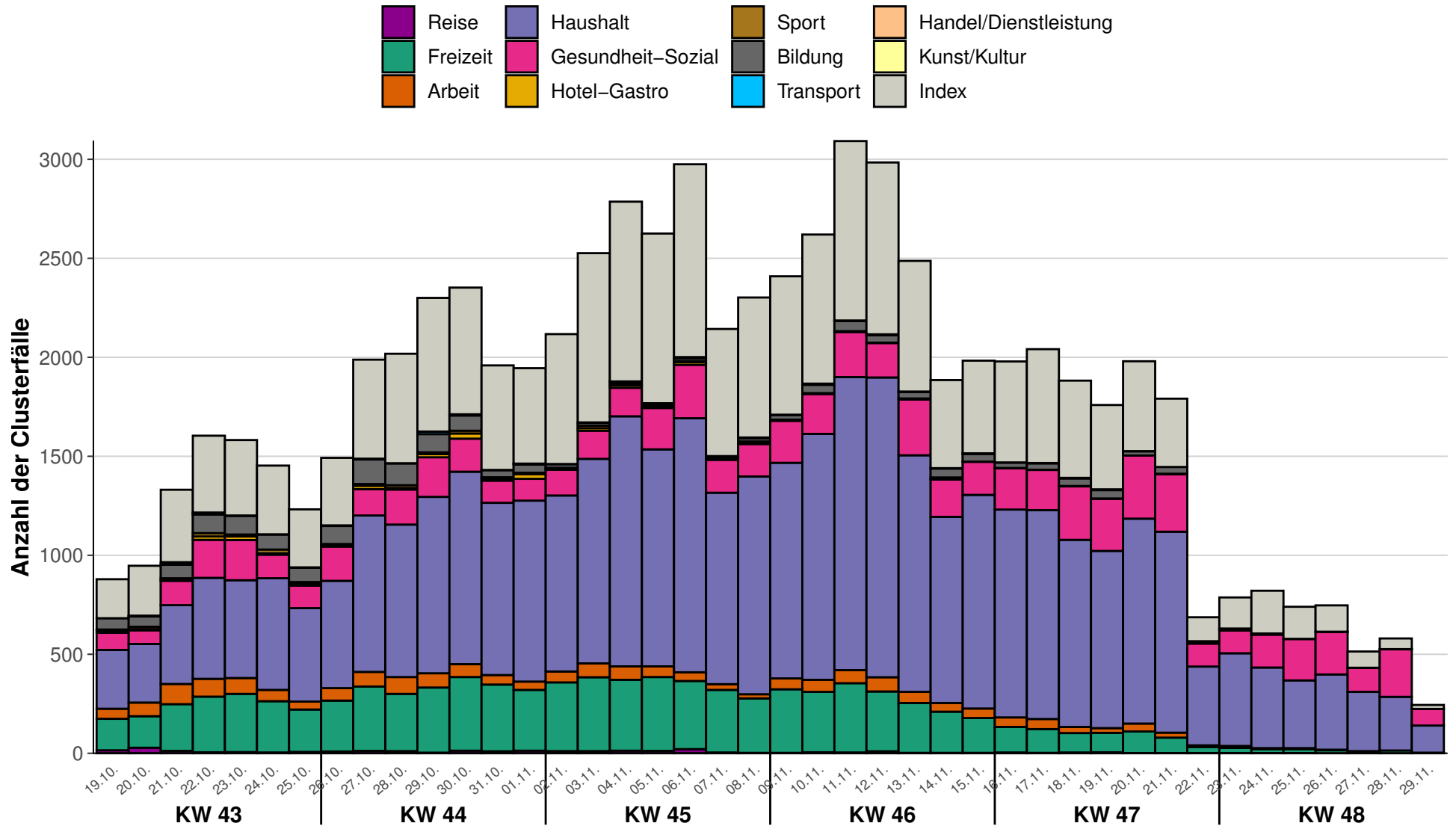
Clusterfälle

Abbildung 2: Österreich (exklusive Wien), Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 3: Österreich (exklusive Wien), Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Burgenland

Zusammenfassung

Tabelle 2: Burgenland, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	43	44	45	46	47	48
Fälle ¹ Burgenland (N)	428	1.082	1.435	1.347	1.058	715
Fälle ungeklärt ² (n)	141	391	742	674	634	542
Indexfälle ³ (n)	84	178	255	201	126	19
Anteil geklärt	67,1%	63,9%	48,3%	50,0%	40,1%	24,2%
Fälle geklärt ⁴ (n)	287	691	693	673	424	173
Clusterfälle ⁵ (n)	357	849	918	838	509	169
sporadisch importierte Fälle (n)	3	9	7	2	3	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	267	667	658	634	382	150
Haushalt	42,7%	46,3%	52,1%	55,2%	66,5%	59,3%
Freizeit	31,8%	26,7%	25,8%	23,8%	17,5%	10,0%
Gesundheit-Sozial	1,5%	10,5%	12,2%	11,7%	8,6%	26,0%
Arbeit	11,6%	9,6%	7,6%	5,2%	4,5%	1,3%
Hotel-Gastro	3,4%	0,9%	0,9%	0,0%	0,3%	0,0%
Bildung	7,5%	4,9%	0,8%	3,8%	2,1%	2,7%
Transport	1,1%	0,4%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%
Reise	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Haushalt (n)	114	309	343	350	254	89
Bildung (n)	20	33	5	24	8	4
Gesundheit-Sozial (n)	4	70	80	74	33	39
Reise (n)	0	4	0	0	0	0

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

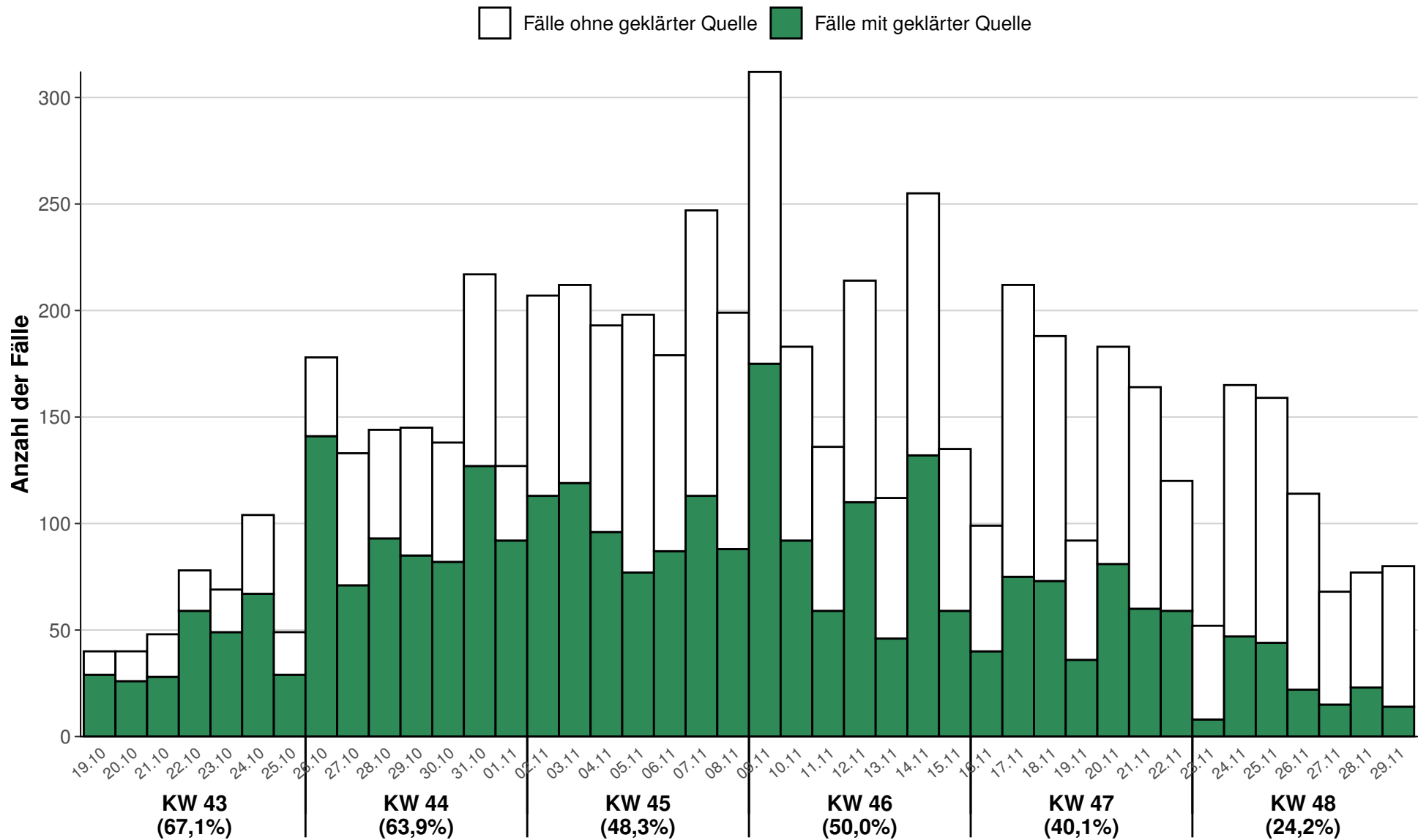
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

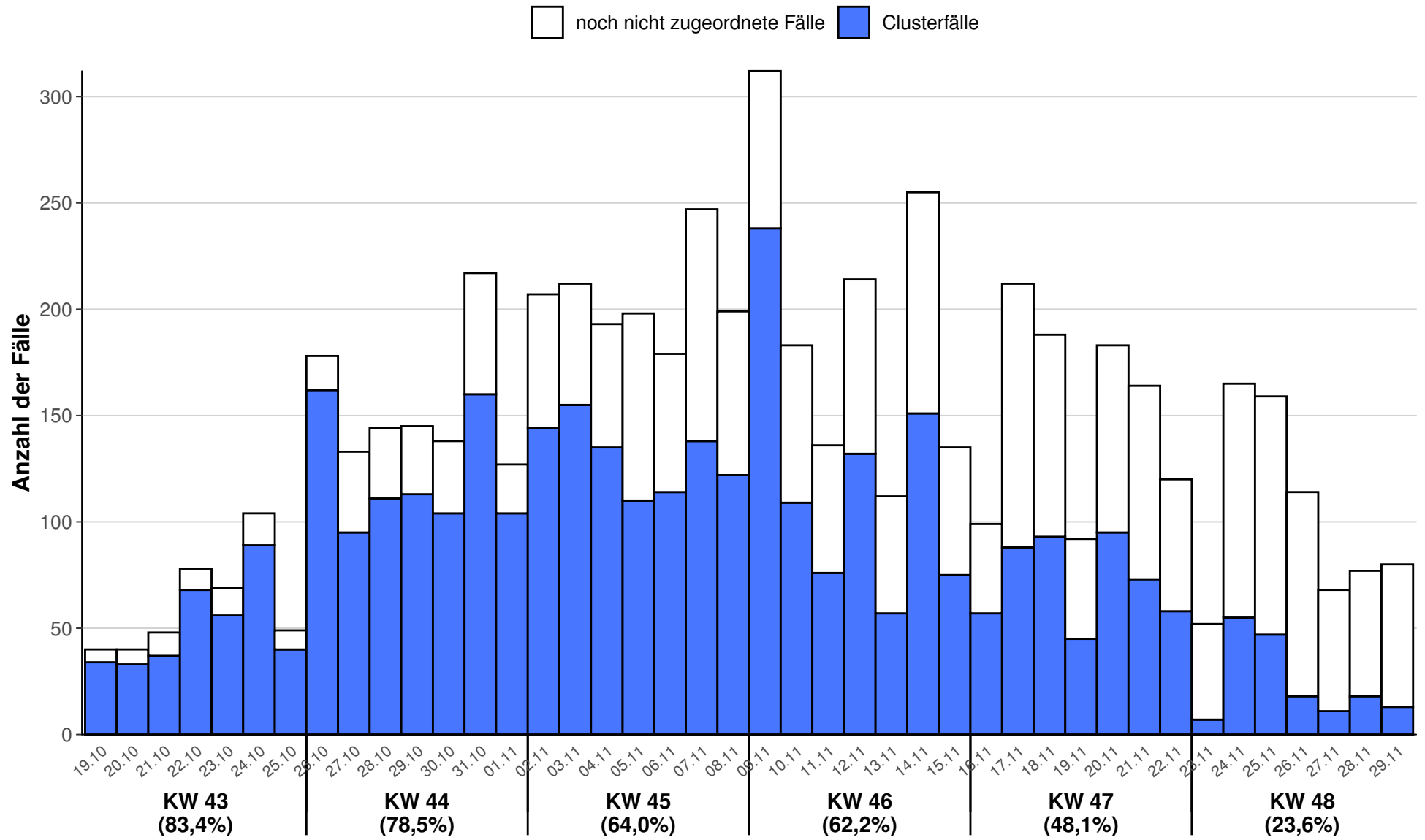
Geklärte Fälle

Abbildung 4: Burgenland, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



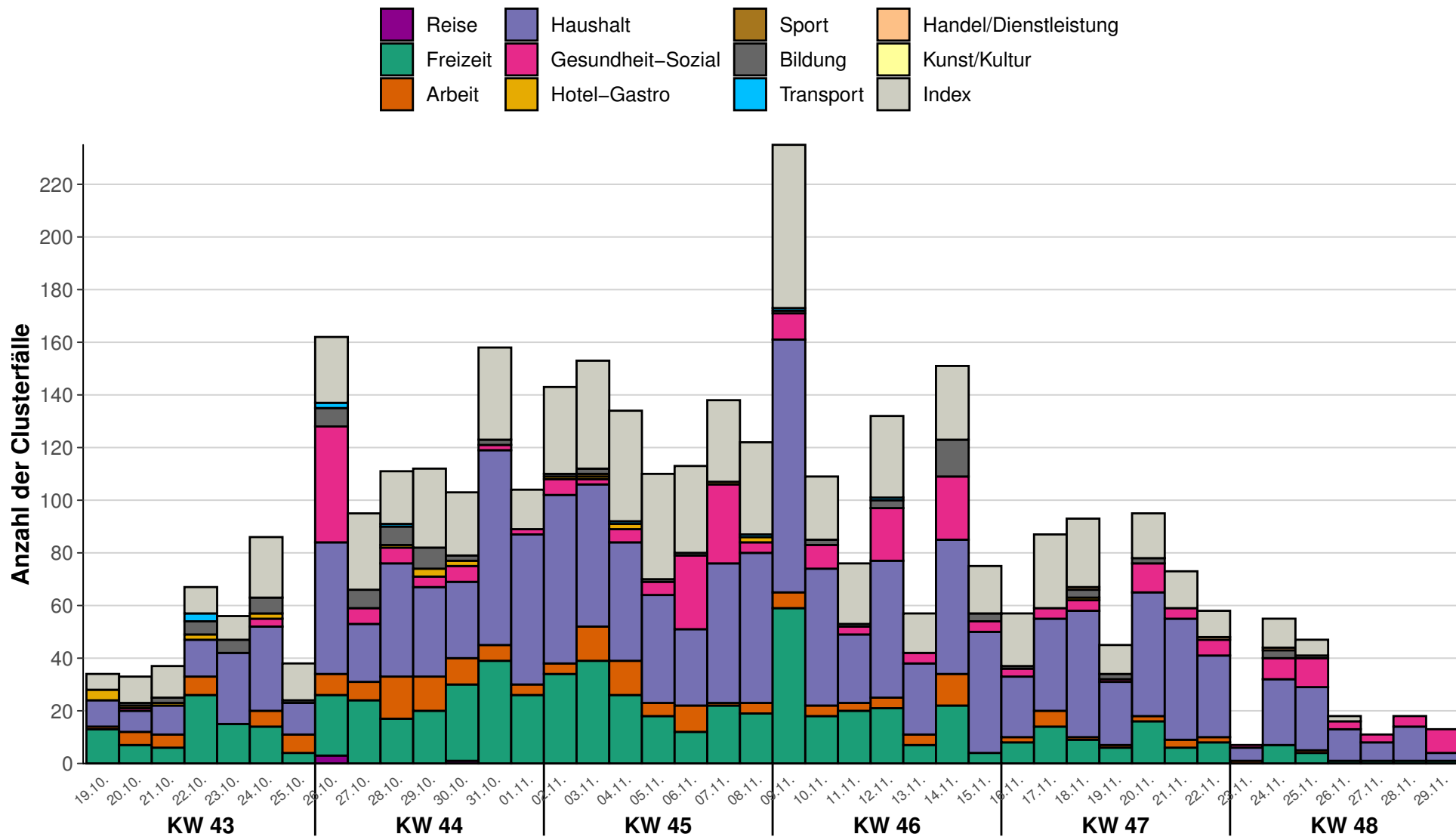
Clusterfälle

Abbildung 5: Burgenland, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 6: Burgenland, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Kärnten

Zusammenfassung

Tabelle 3: Kärnten, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	43	44	45	46	47	48
Fälle ¹ Kärnten (N)	433	1.145	2.057	3.565	3.315	2.871
Fälle ungeklärt ² (n)	198	557	1.247	2.242	2.357	2.019
Indexfälle ³ (n)	90	245	419	603	561	309
Anteil geklärt	54,3%	51,4%	39,4%	37,1%	28,9%	29,7%
Fälle geklärt ⁴ (n)	235	588	810	1.323	958	852
Clusterfälle ⁵ (n)	308	812	1.200	1.890	1.494	1.152
sporadisch importierte Fälle (n)	7	6	6	3	0	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	219	564	779	1.289	933	841
Haushalt	40,6%	50,0%	69,7%	71,1%	85,2%	65,2%
Freizeit	21,0%	30,0%	22,2%	10,2%	0,3%	0,0%
Gesundheit-Sozial	22,8%	14,4%	4,0%	18,0%	14,5%	34,8%
Arbeit	1,4%	0,4%	1,8%	0,2%	0,0%	0,0%
Hotel-Gastro	5,0%	0,4%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Bildung	1,8%	4,3%	0,5%	0,3%	0,0%	0,0%
Transport	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	0,0%	0,2%	1,2%	0,1%	0,0%	0,0%
Haushalt (n)	89	282	543	916	795	548
Bildung (n)	4	24	4	4	0	0
Gesundheit-Sozial (n)	50	81	31	232	135	293
Reise (n)	0	1	9	1	0	0

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

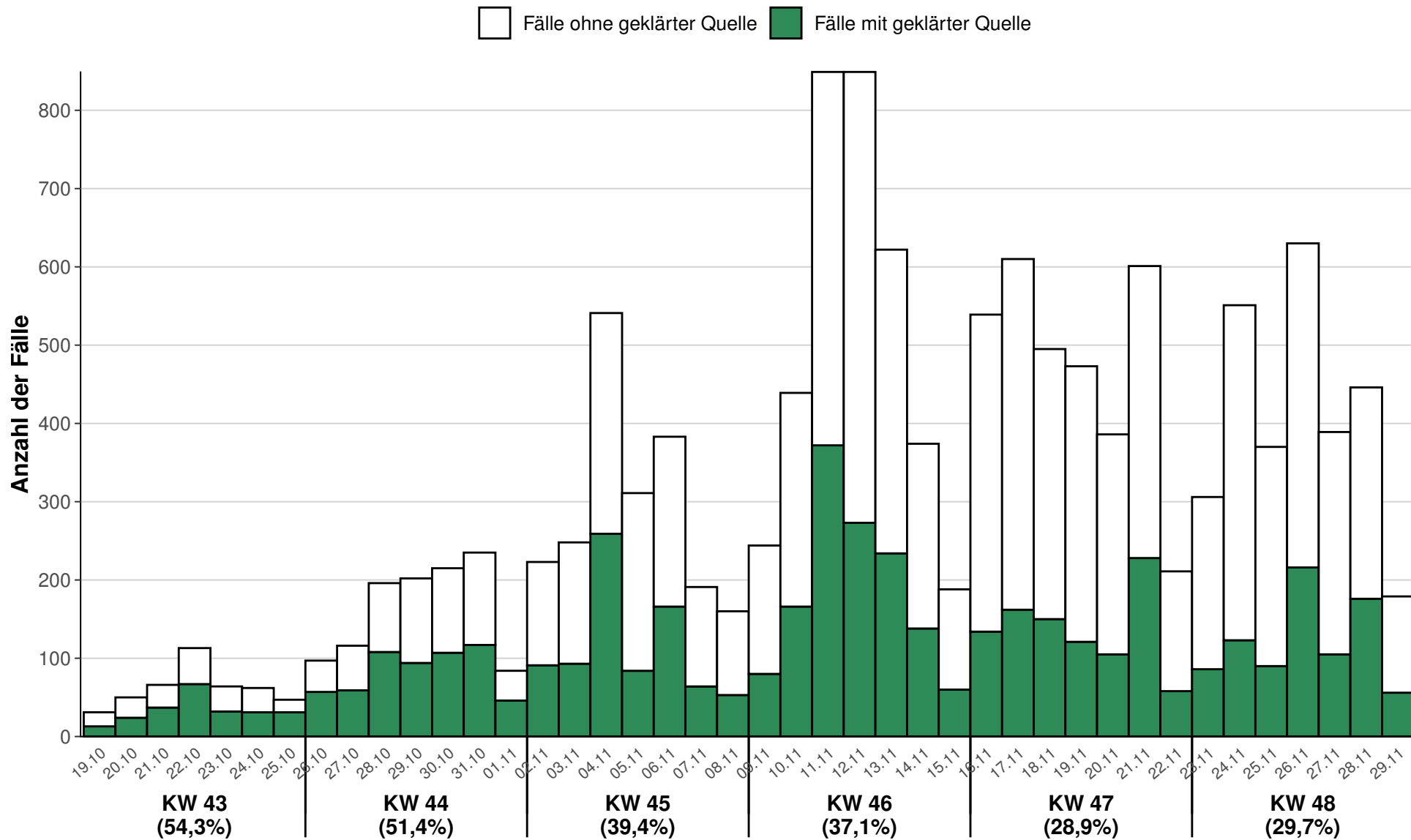
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

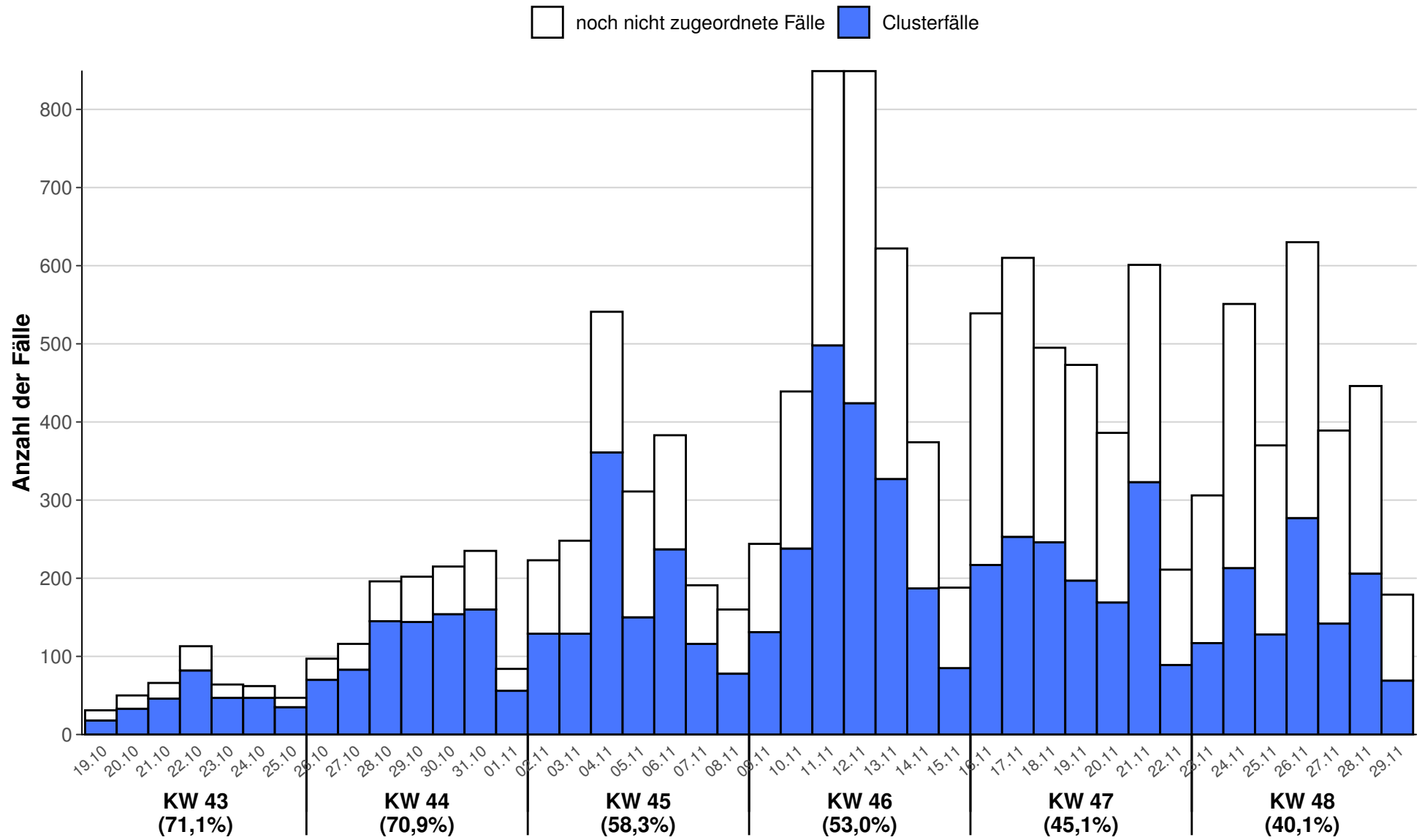
Geklärtc Fälle

Abbildung 7: Kärnten, Fälle mit geklärcr Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



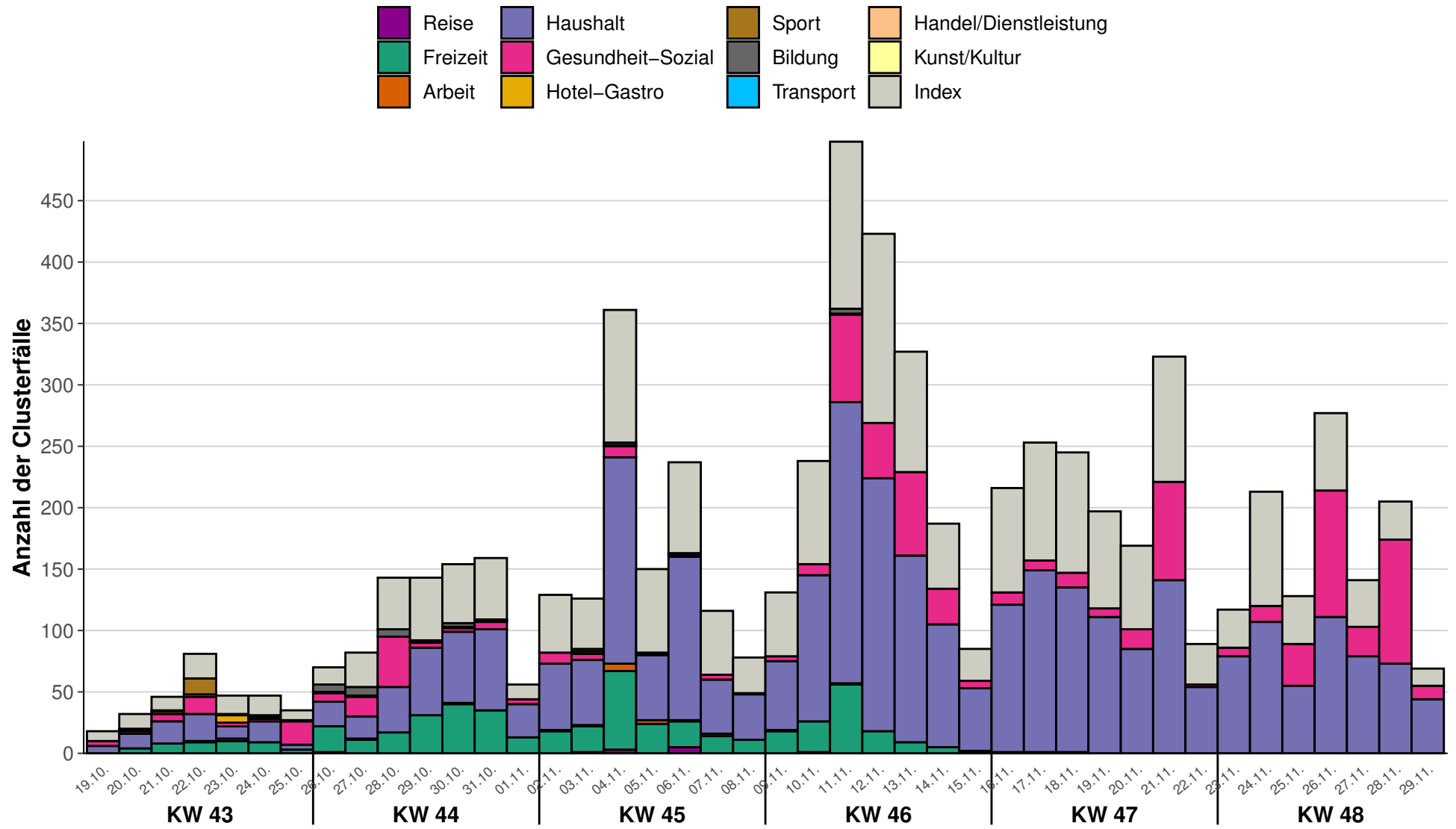
Clusterfälle

Abbildung 8: Kärnten, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 9: Kärnten, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Niederösterreich

Zusammenfassung

Tabelle 4: Niederösterreich, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	43	44	45	46	47	48
Fälle ¹ Niederösterreich (N)	2.644	4.729	6.495	6.653	5.854	4.610
Fälle ungeklärt ² (n)	1.056	2.513	3.995	3.892	3.792	4.102
Indexfälle ³ (n)	378	583	838	753	323	25
Anteil geklärt	60,1%	46,9%	38,5%	41,5%	35,2%	11,0%
Fälle geklärt ⁴ (n)	1.588	2.216	2.500	2.761	2.062	508
Clusterfälle ⁵ (n)	1.841	2.658	3.177	3.370	2.248	432
sporadisch importierte Fälle (n)	27	16	10	5	2	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.474	2.082	2.341	2.613	1.926	407
Haushalt	44,6%	46,2%	55,4%	58,7%	63,1%	60,9%
Freizeit	18,1%	22,2%	26,0%	20,4%	10,1%	5,4%
Gesundheit-Sozial	13,3%	11,2%	7,5%	9,3%	13,5%	27,8%
Arbeit	10,7%	7,4%	5,9%	7,0%	6,8%	3,9%
Hotel-Gastro	1,7%	2,8%	1,9%	0,2%	0,1%	0,0%
Bildung	9,2%	6,5%	1,2%	2,9%	5,3%	1,2%
Transport	0,3%	1,2%	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%
Reise	1,5%	1,5%	1,3%	0,5%	0,5%	0,5%
Haushalt (n)	658	962	1.297	1.535	1.216	248
Bildung (n)	136	135	28	75	103	5
Gesundheit-Sozial (n)	196	234	176	244	260	113
Reise (n)	22	31	30	12	9	2

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

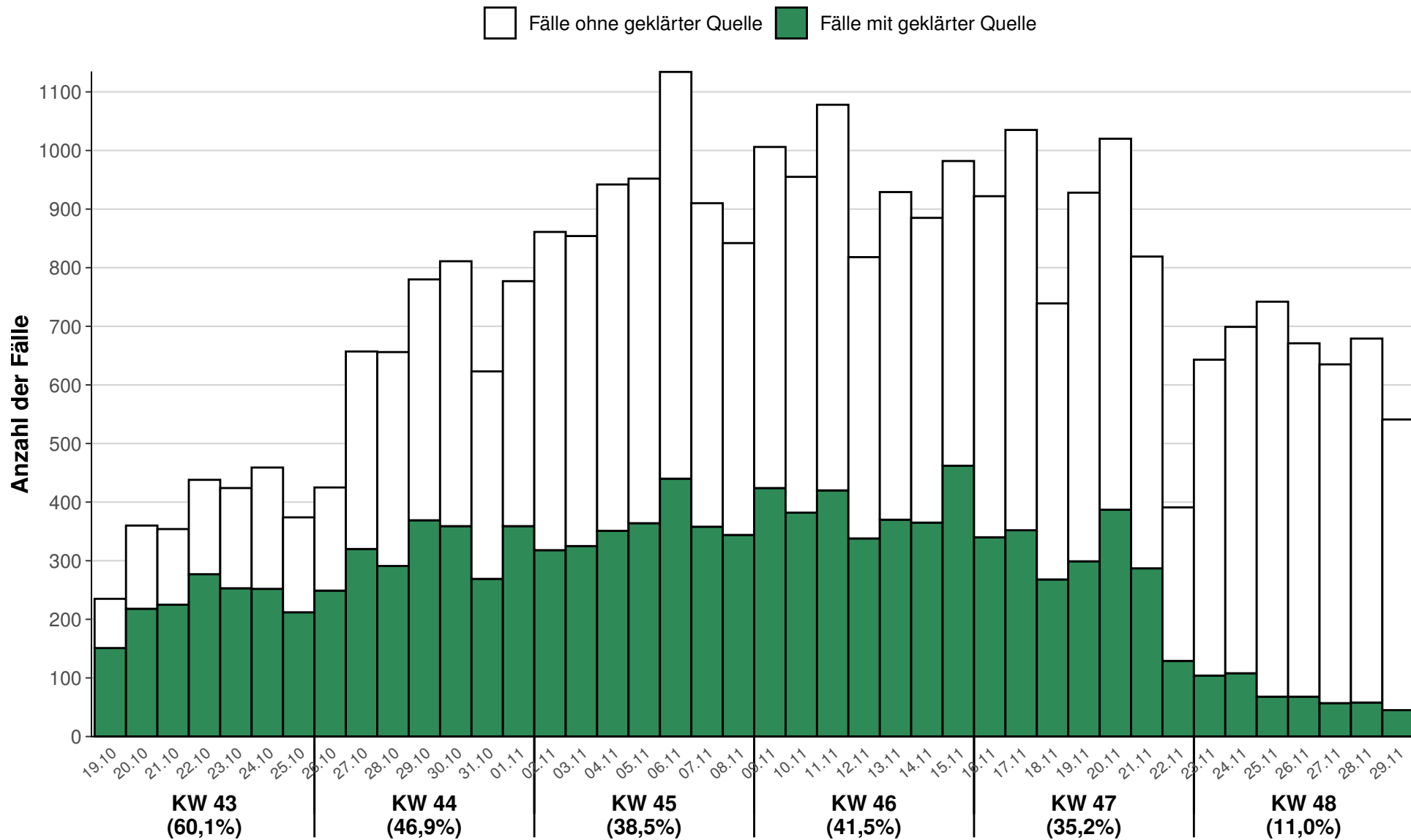
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

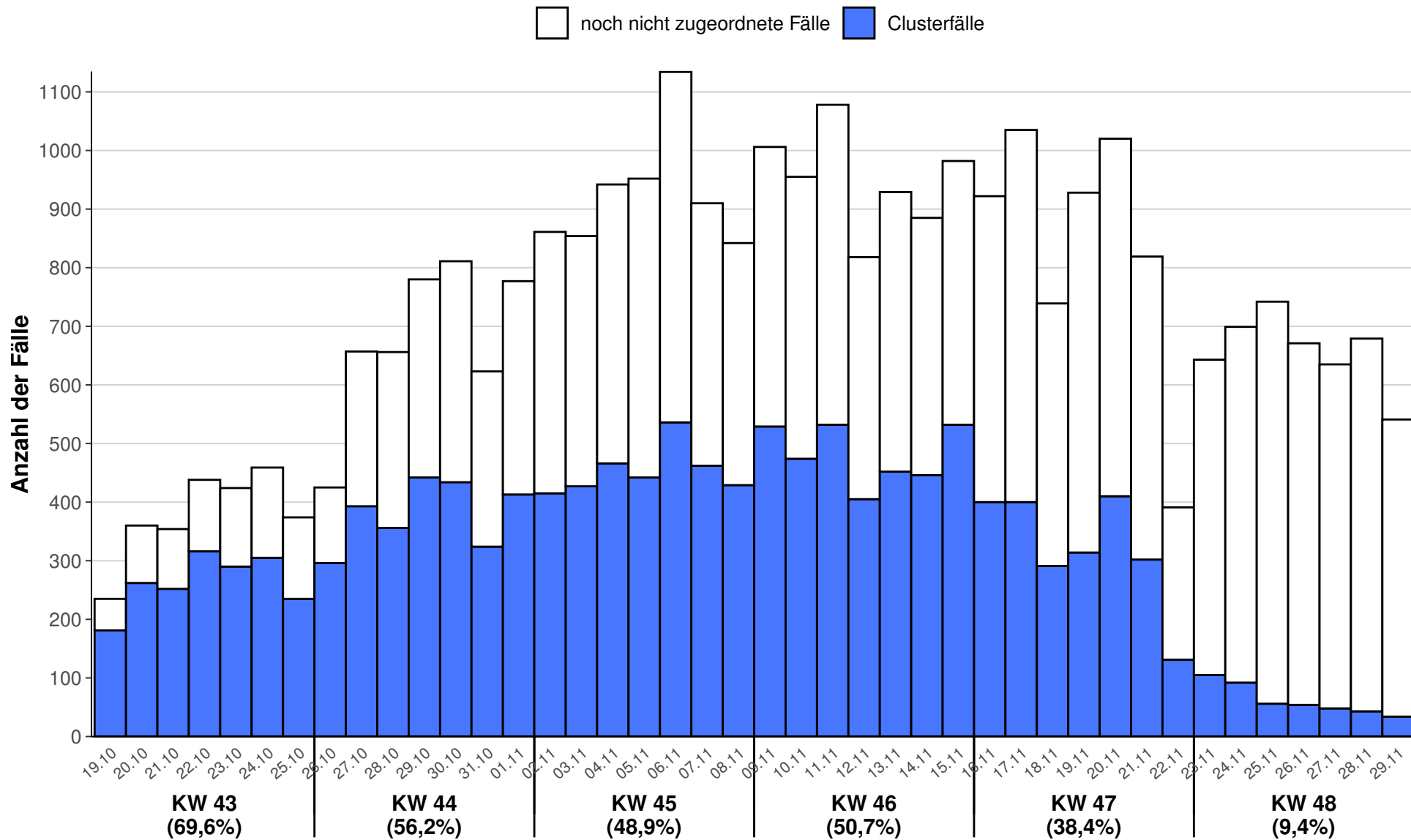
Geklärte Fälle

Abbildung 10: Niederösterreich, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



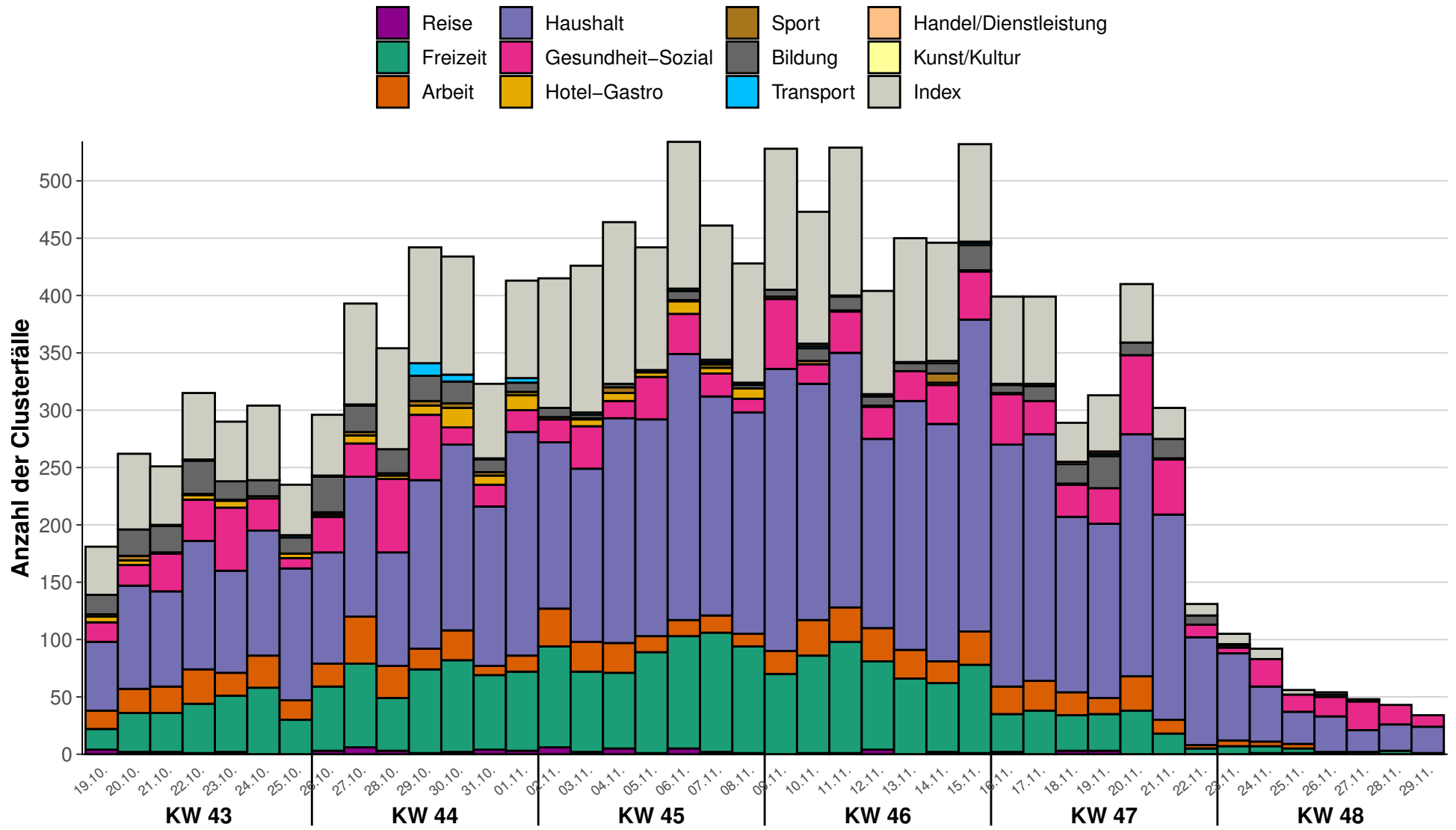
Clusterfälle

Abbildung 11: Niederösterreich, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 12: Niederösterreich, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Oberösterreich

Zusammenfassung

Tabelle 5: Oberösterreich, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	43	44	45	46	47	48
Fälle ¹ Oberösterreich (N)	3.545	6.705	11.261	10.546	9.202	6.712
Fälle ungeklärt ² (n)	1.901	4.158	8.592	8.019	7.445	5.738
Indexfälle ³ (n)	527	908	1.388	1.069	734	275
Anteil geklärt	46,4%	38,0%	23,7%	24,0%	19,1%	14,5%
Fälle geklärt ⁴ (n)	1.644	2.547	2.669	2.527	1.757	974
Clusterfälle ⁵ (n)	2.120	3.379	3.915	3.340	2.395	1.118
sporadisch importierte Fälle (n)	17	23	7	18	4	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.583	2.462	2.549	2.268	1.657	844
Haushalt	44,0%	59,6%	73,5%	71,8%	73,0%	78,9%
Freizeit	22,7%	18,8%	12,0%	10,8%	4,2%	2,0%
Gesundheit-Sozial	17,3%	10,1%	12,0%	13,8%	20,3%	18,5%
Arbeit	5,7%	2,3%	1,5%	2,4%	1,6%	0,5%
Hotel-Gastro	1,0%	0,5%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Bildung	7,3%	7,7%	0,4%	0,9%	0,6%	0,0%
Transport	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Reise	0,9%	0,5%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%
Haushalt (n)	697	1.467	1.873	1.629	1.209	666
Bildung (n)	116	190	11	21	10	0
Gesundheit-Sozial (n)	274	249	306	313	337	156
Reise (n)	14	13	9	2	2	1

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

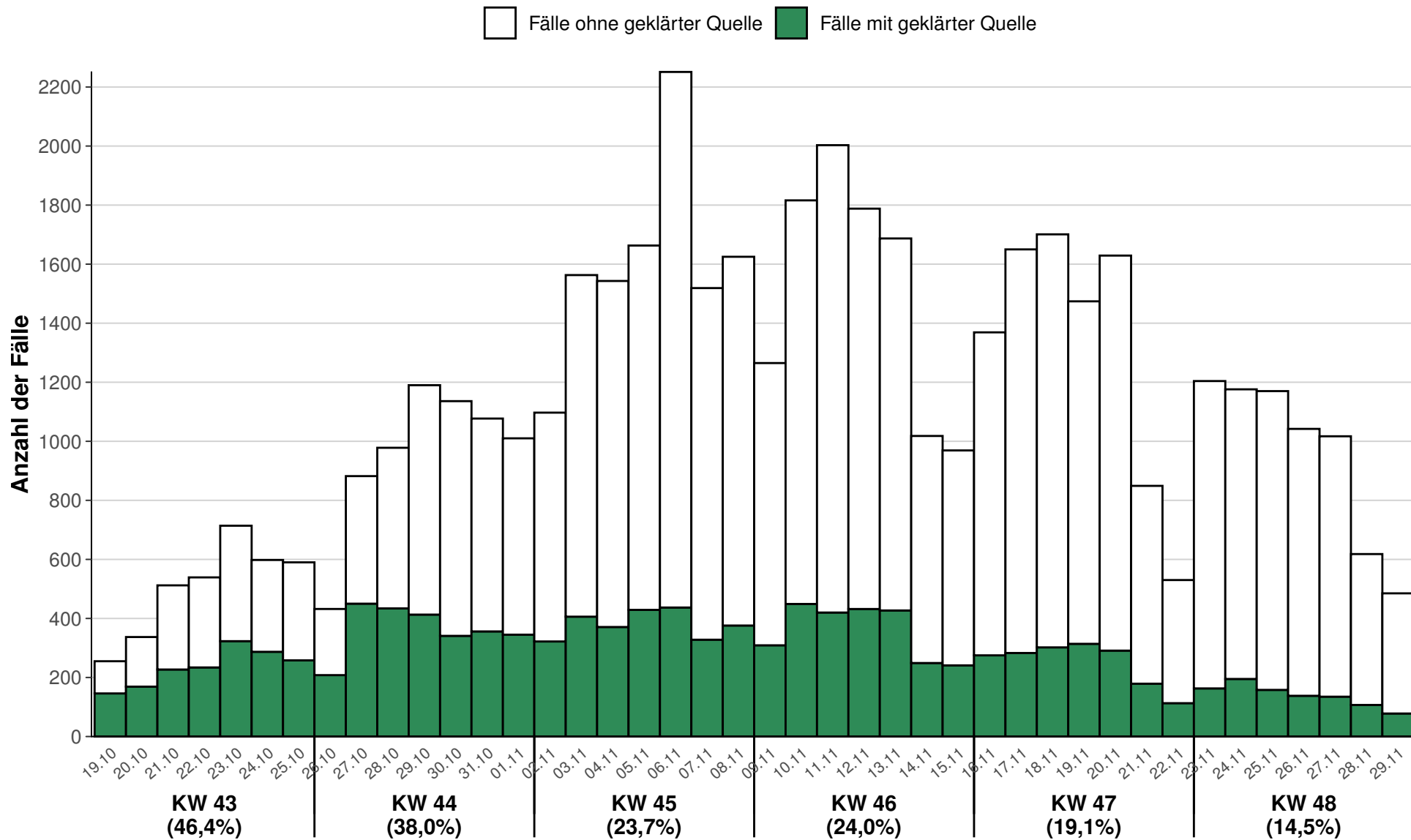
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

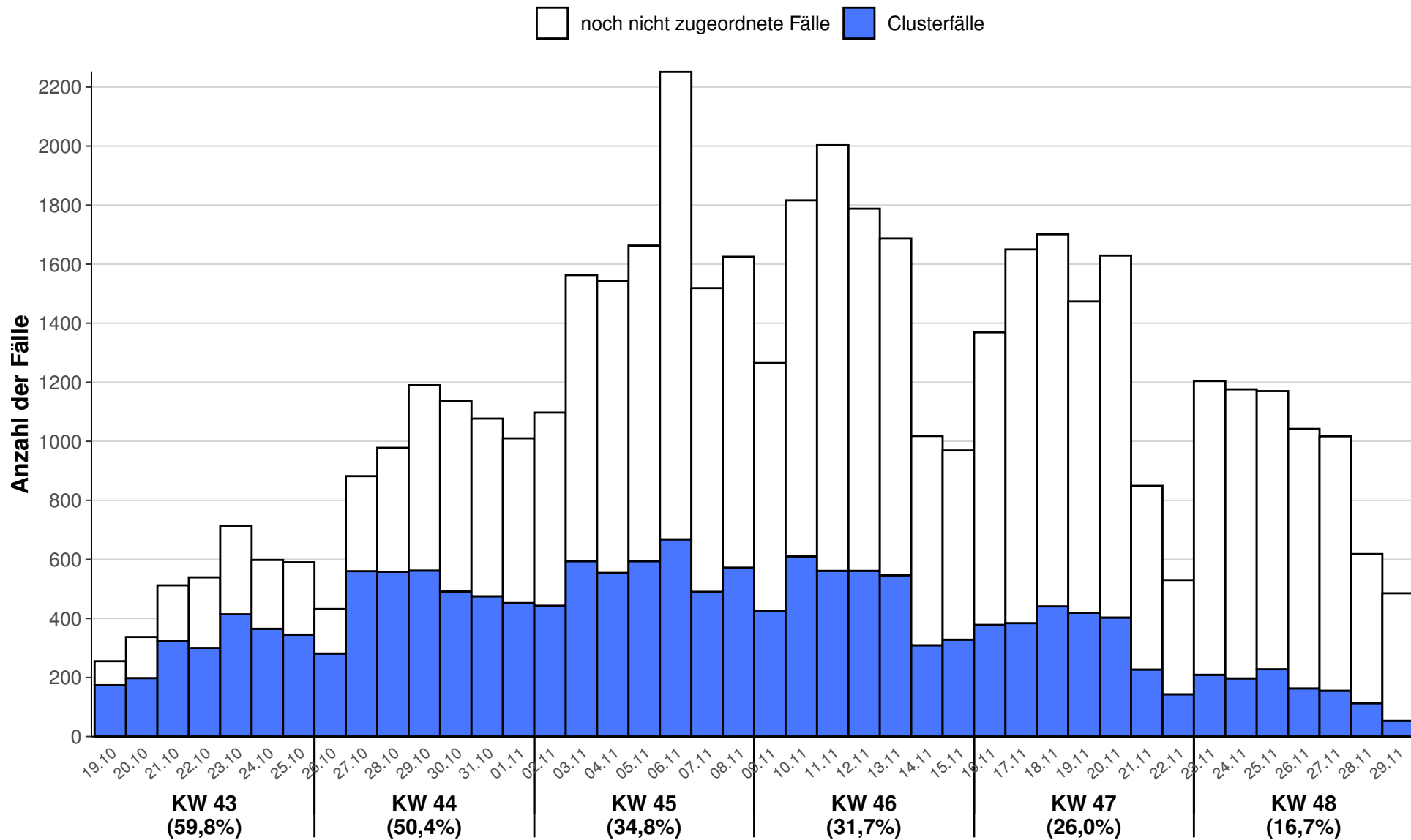
Geklärte Fälle

Abbildung 13: Oberösterreich, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



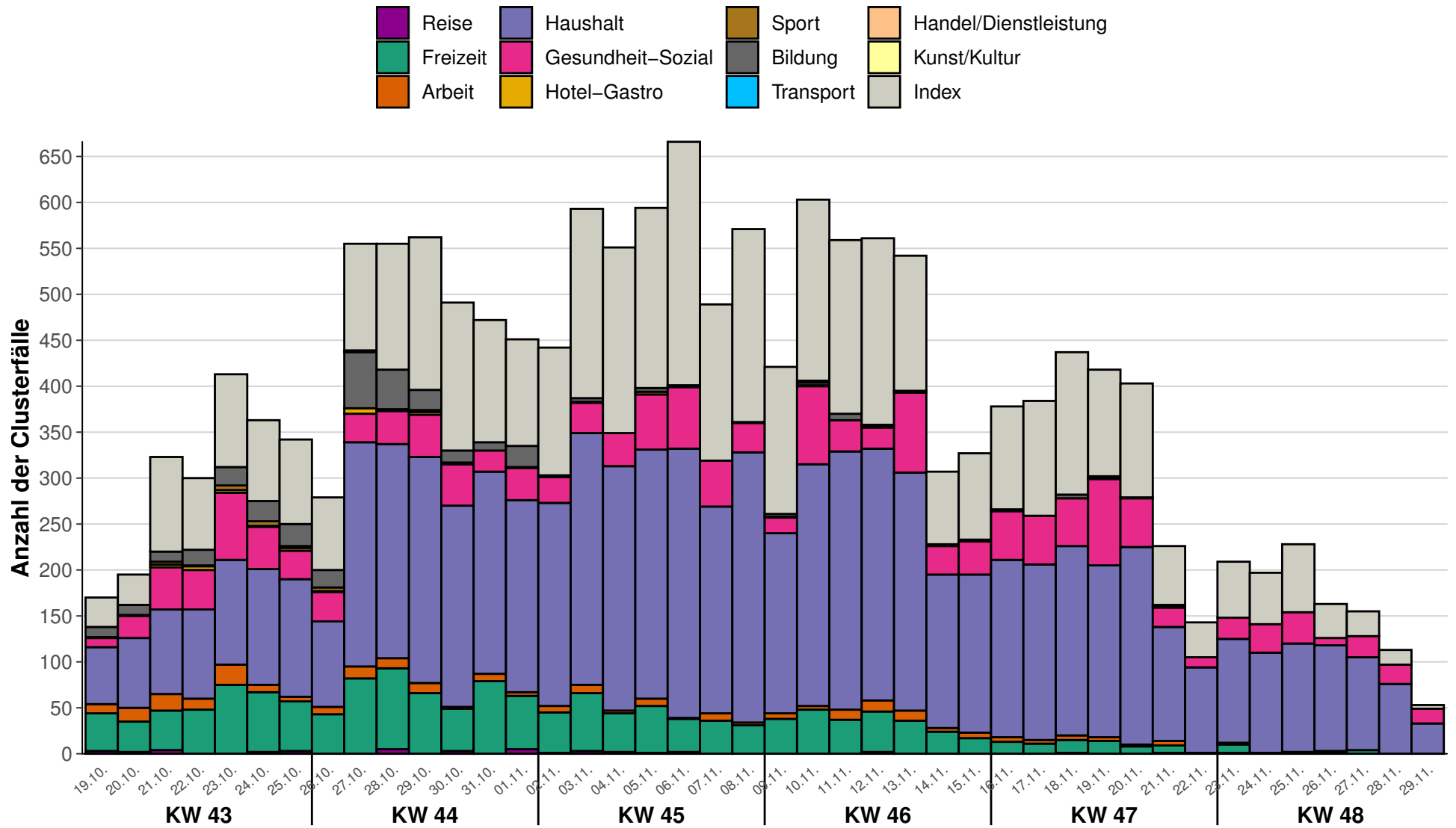
Clusterfälle

Abbildung 14: Oberösterreich, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 15: Oberösterreich, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Salzburg

Zusammenfassung

Tabelle 6: Salzburg, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	43	44	45	46	47	48
Fälle ¹ Salzburg (N)	1.658	2.186	3.258	3.611	3.617	3.060
Fälle ungeklärt ² (n)	863	1.058	1.884	2.176	2.205	2.826
Indexfälle ³ (n)	322	464	695	715	566	38
Anteil geklärt	47,9%	51,6%	42,2%	39,7%	39,0%	7,6%
Fälle geklärt ⁴ (n)	795	1.128	1.374	1.435	1.412	234
Clusterfälle ⁵ (n)	1.083	1.560	2.024	2.103	1.940	182
sporadisch importierte Fälle (n)	24	20	34	23	17	8
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	753	1.107	1.318	1.383	1.365	144
Haushalt	55,2%	61,6%	68,0%	80,9%	84,0%	91,0%
Freizeit	21,5%	20,7%	18,5%	9,1%	5,2%	0,7%
Gesundheit-Sozial	7,3%	7,7%	7,6%	7,5%	10,1%	8,3%
Arbeit	8,0%	5,1%	3,3%	1,1%	0,4%	0,0%
Hotel-Gastro	0,5%	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	5,6%	3,3%	0,4%	1,1%	0,2%	0,0%
Transport	0,0%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%
Reise	1,3%	0,9%	0,8%	0,1%	0,1%	0,0%
Haushalt (n)	416	682	896	1.119	1.146	131
Bildung (n)	42	36	5	15	3	0
Gesundheit-Sozial (n)	55	85	100	104	138	12
Reise (n)	10	10	10	2	1	0

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

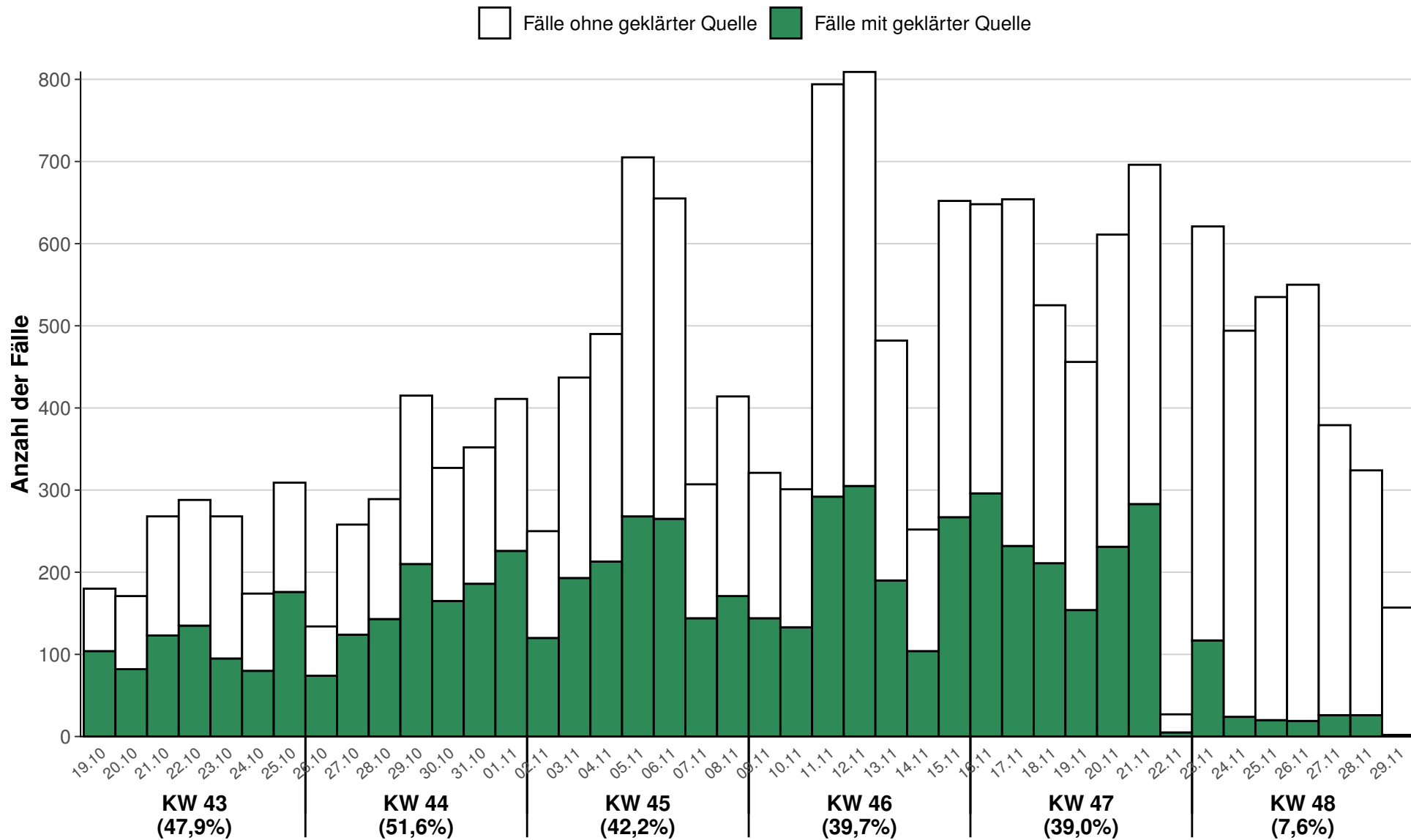
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

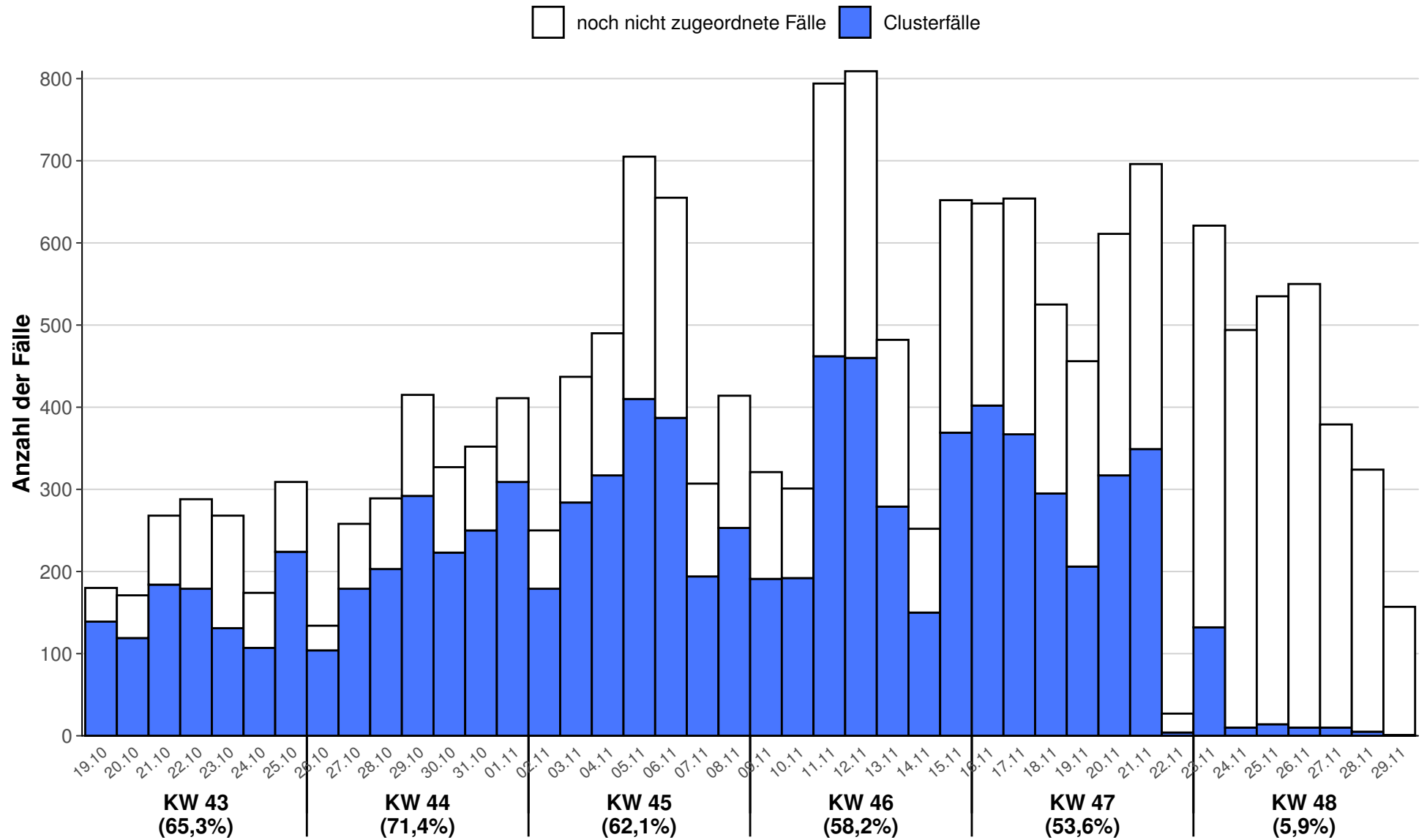
Geklärtc Fälle

Abbildung 16: Salzburg, Fälle mit geklärcr Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



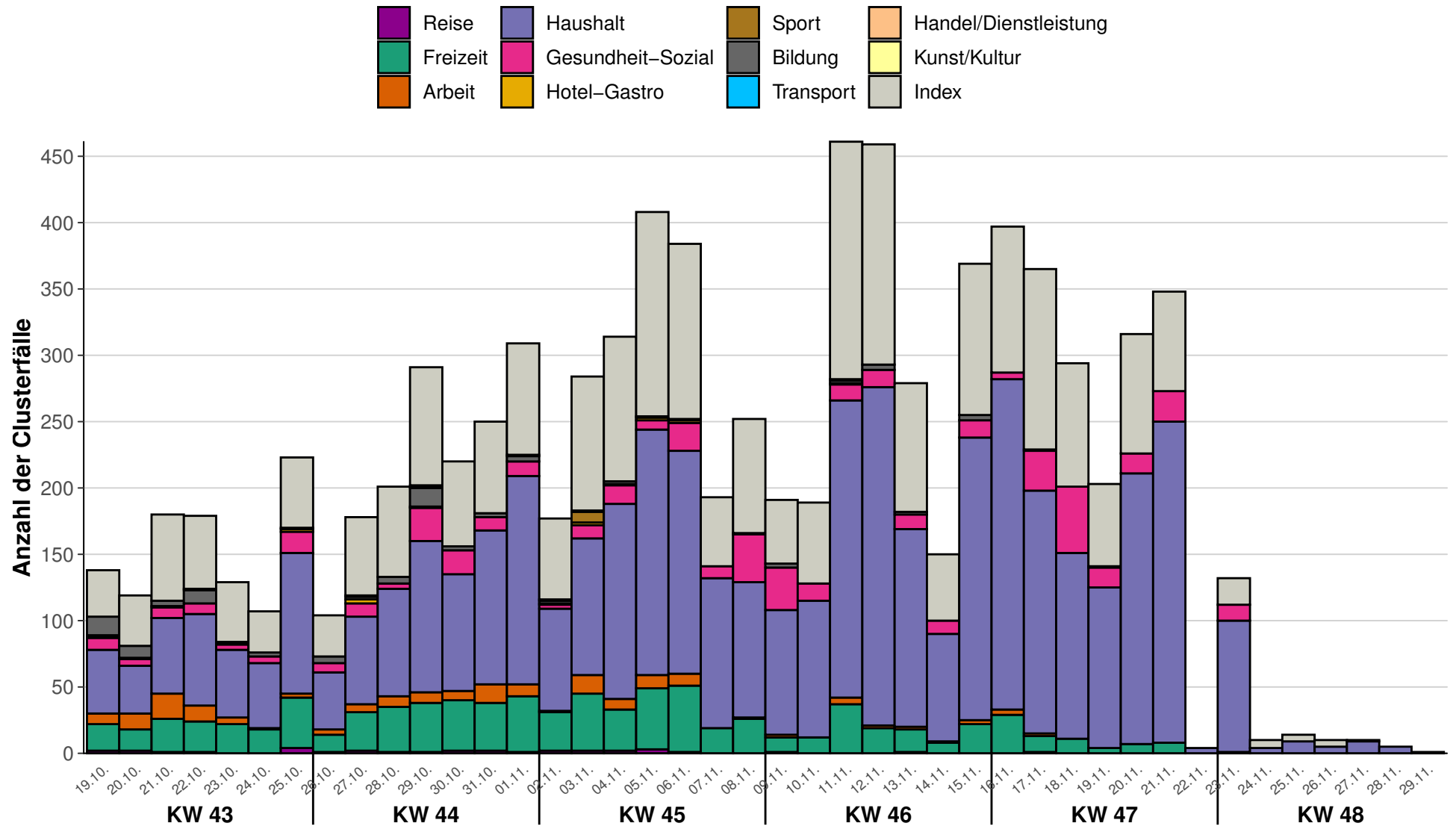
Clusterfälle

Abbildung 17: Salzburg, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 18: Salzburg, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Steiermark

Zusammenfassung

Tabelle 7: Steiermark, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	43	44	45	46	47	48
Fälle ¹ Steiermark (N)	1.822	3.711	5.745	5.570	4.927	4.311
Fälle ungeklärt ² (n)	917	2.610	4.526	4.436	3.923	3.560
Indexfälle ³ (n)	291	349	465	389	246	91
Anteil geklärt	49,7%	29,7%	21,2%	20,4%	20,4%	17,4%
Fälle geklärt ⁴ (n)	905	1.101	1.219	1.134	1.004	751
Clusterfälle ⁵ (n)	1.155	1.388	1.637	1.484	1.219	831
sporadisch importierte Fälle (n)	15	5	1	5	3	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	864	1.039	1.167	1.092	972	740
Haushalt	38,0%	54,5%	57,2%	61,1%	49,4%	45,9%
Freizeit	16,1%	13,0%	18,0%	9,3%	6,4%	4,2%
Gesundheit-Sozial	25,9%	18,0%	21,9%	21,5%	42,1%	49,2%
Arbeit	6,9%	5,7%	1,7%	4,4%	1,4%	0,5%
Hotel-Gastro	1,0%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	6,9%	7,0%	0,9%	2,8%	0,7%	0,1%
Transport	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	3,0%	0,7%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Haushalt (n)	328	566	668	667	480	340
Bildung (n)	60	73	10	31	7	1
Gesundheit-Sozial (n)	224	187	256	235	409	364
Reise (n)	26	7	1	1	0	0

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

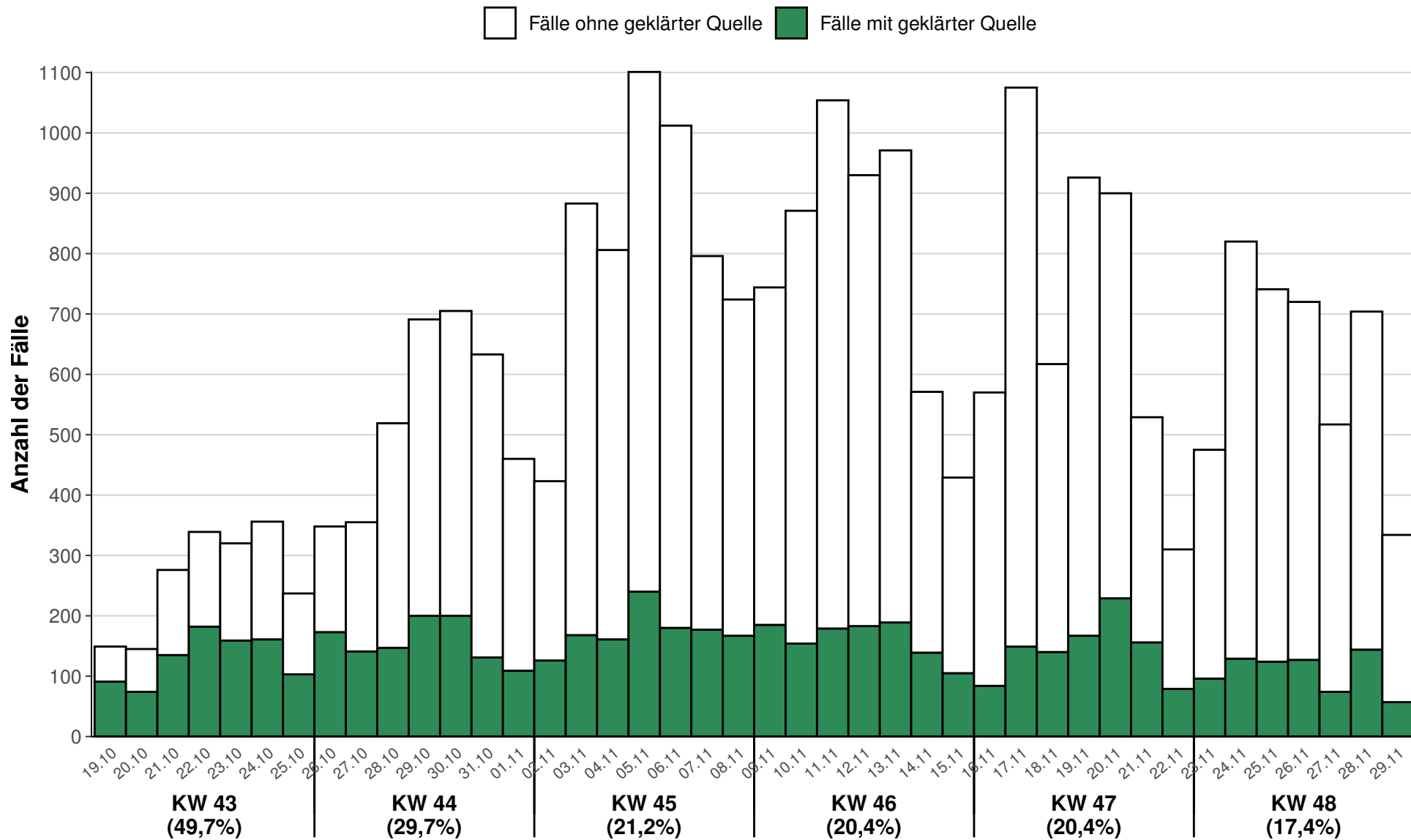
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

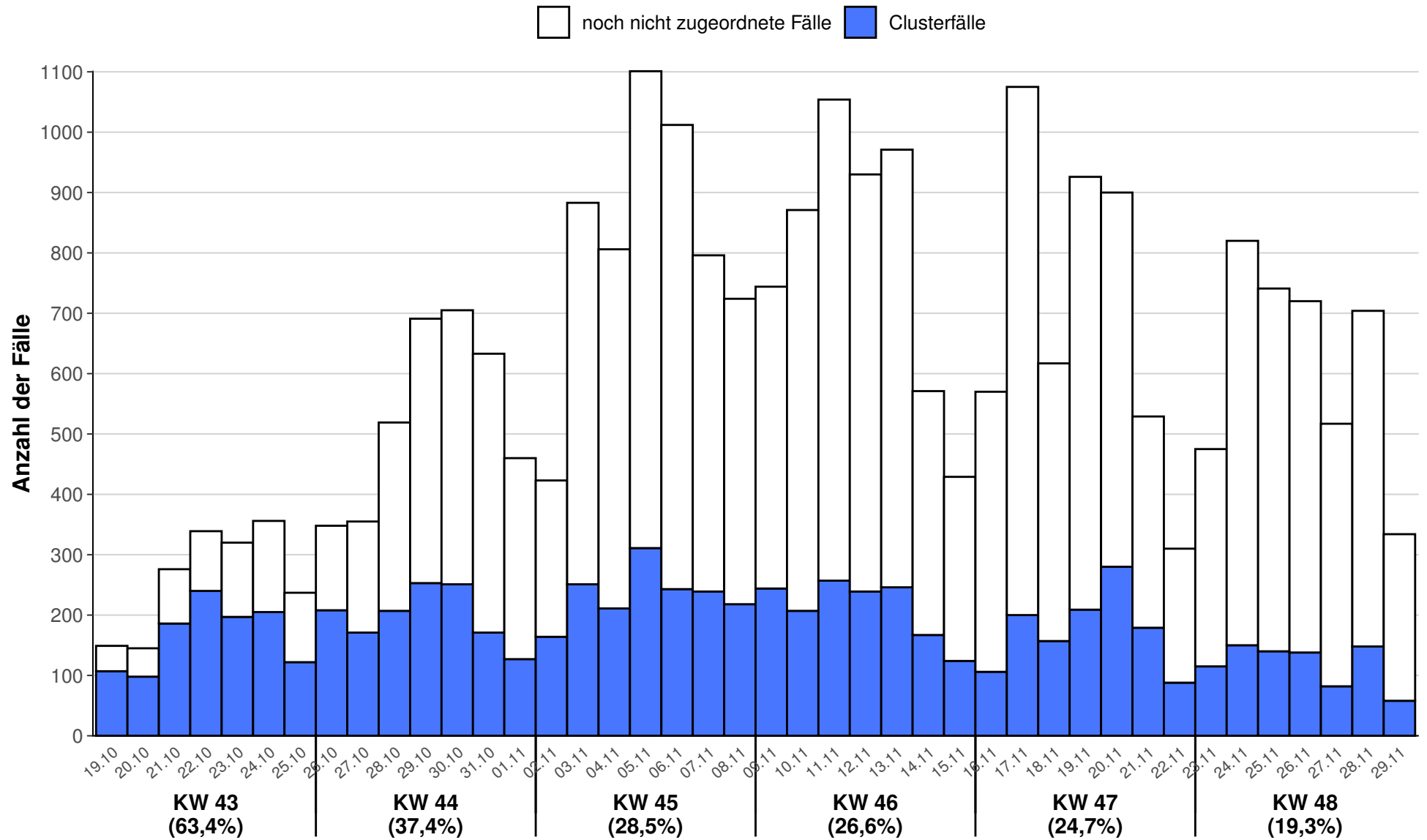
Geklärte Fälle

Abbildung 19: Steiermark, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



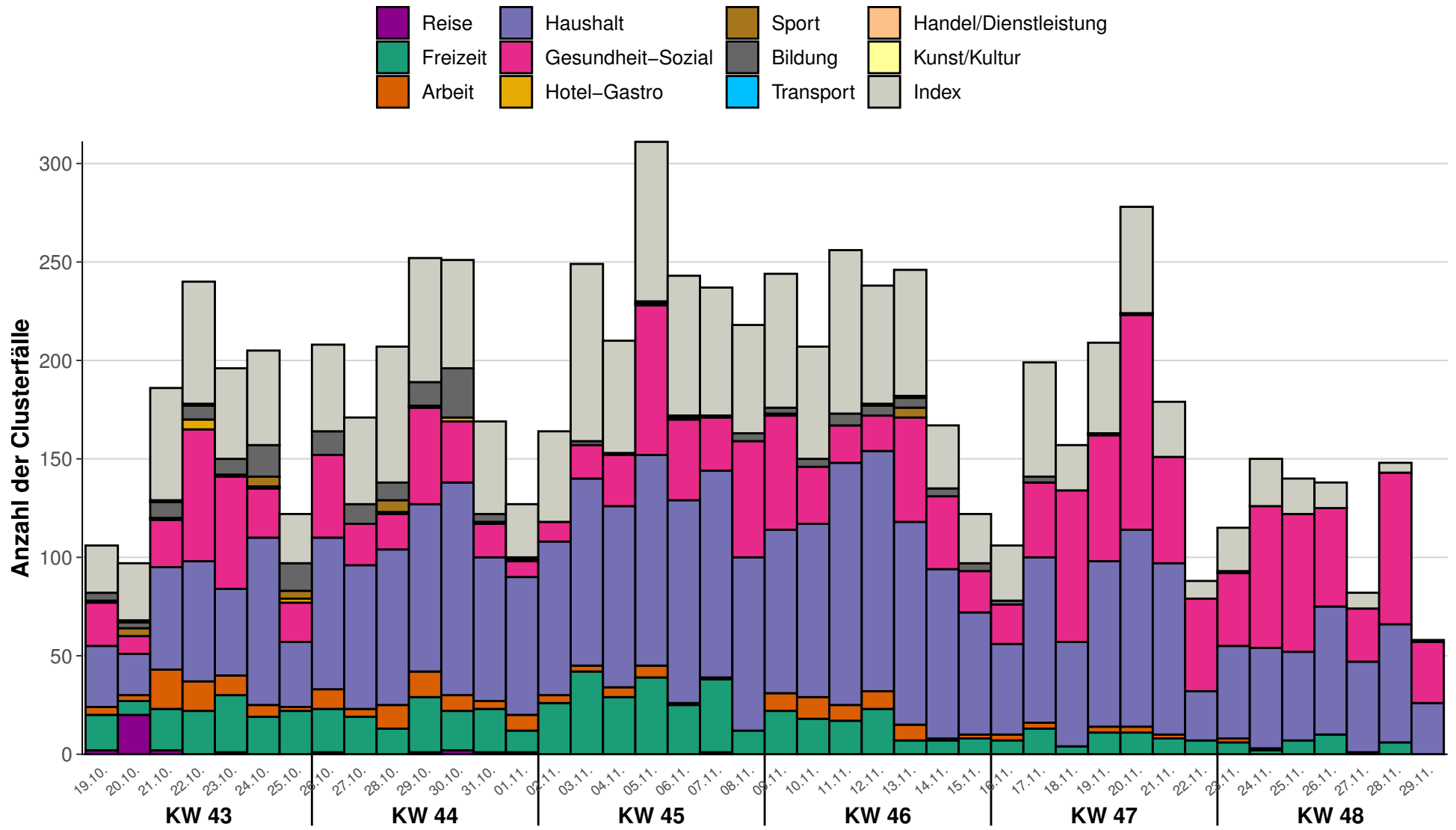
Clusterfälle

Abbildung 20: Steiermark, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 21: Steiermark, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Tirol

Zusammenfassung

Tabelle 8: Tirol, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	43	44	45	46	47	48
Fälle ¹ Tirol (N)	2.193	3.596	5.387	5.363	4.625	3.293
Fälle ungeklärt ² (n)	993	1.832	3.057	2.870	3.112	2.686
Indexfälle ³ (n)	352	654	1.024	754	232	62
Anteil geklärt	54,7%	49,1%	43,3%	46,5%	32,7%	18,4%
Fälle geklärt ⁴ (n)	1.200	1.764	2.330	2.493	1.513	607
Clusterfälle ⁵ (n)	1.446	2.279	3.176	3.015	1.448	437
sporadisch importierte Fälle (n)	9	21	28	12	3	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.099	1.644	2.176	2.269	1.219	375
Haushalt	40,8%	56,5%	61,6%	64,2%	64,4%	57,9%
Freizeit	36,7%	27,2%	24,3%	21,6%	10,3%	4,8%
Gesundheit-Sozial	7,6%	8,3%	10,2%	8,9%	18,9%	34,4%
Arbeit	4,3%	1,1%	0,3%	0,7%	0,7%	0,0%
Hotel-Gastro	0,2%	0,9%	0,5%	0,0%	0,1%	0,0%
Bildung	5,8%	2,9%	0,5%	3,8%	5,2%	0,5%
Transport	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	2,1%	2,1%	2,2%	0,8%	0,4%	0,5%
Haushalt (n)	448	929	1.340	1.456	785	217
Bildung (n)	64	47	11	87	63	2
Gesundheit-Sozial (n)	83	137	222	202	231	129
Reise (n)	23	34	48	19	5	2

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

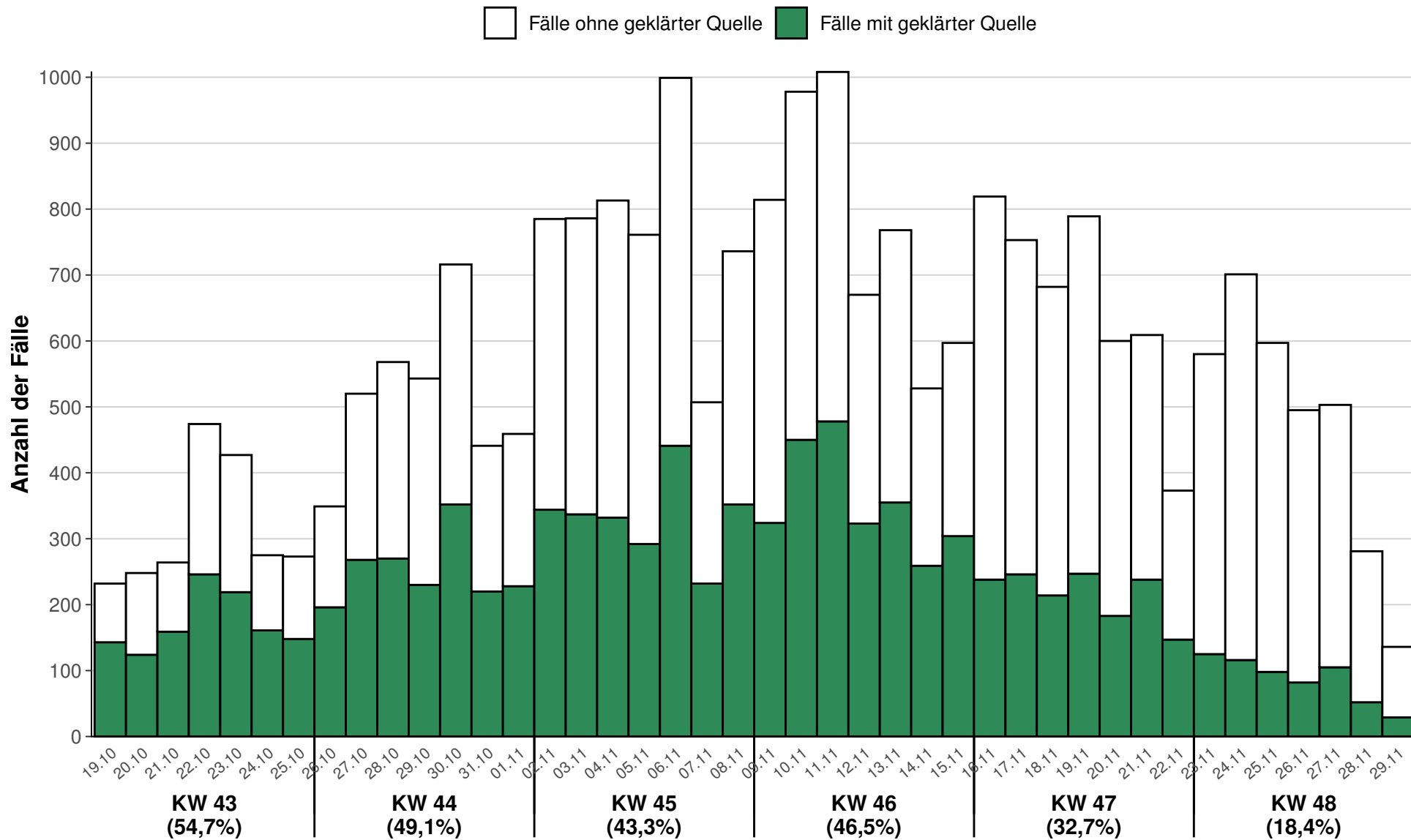
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

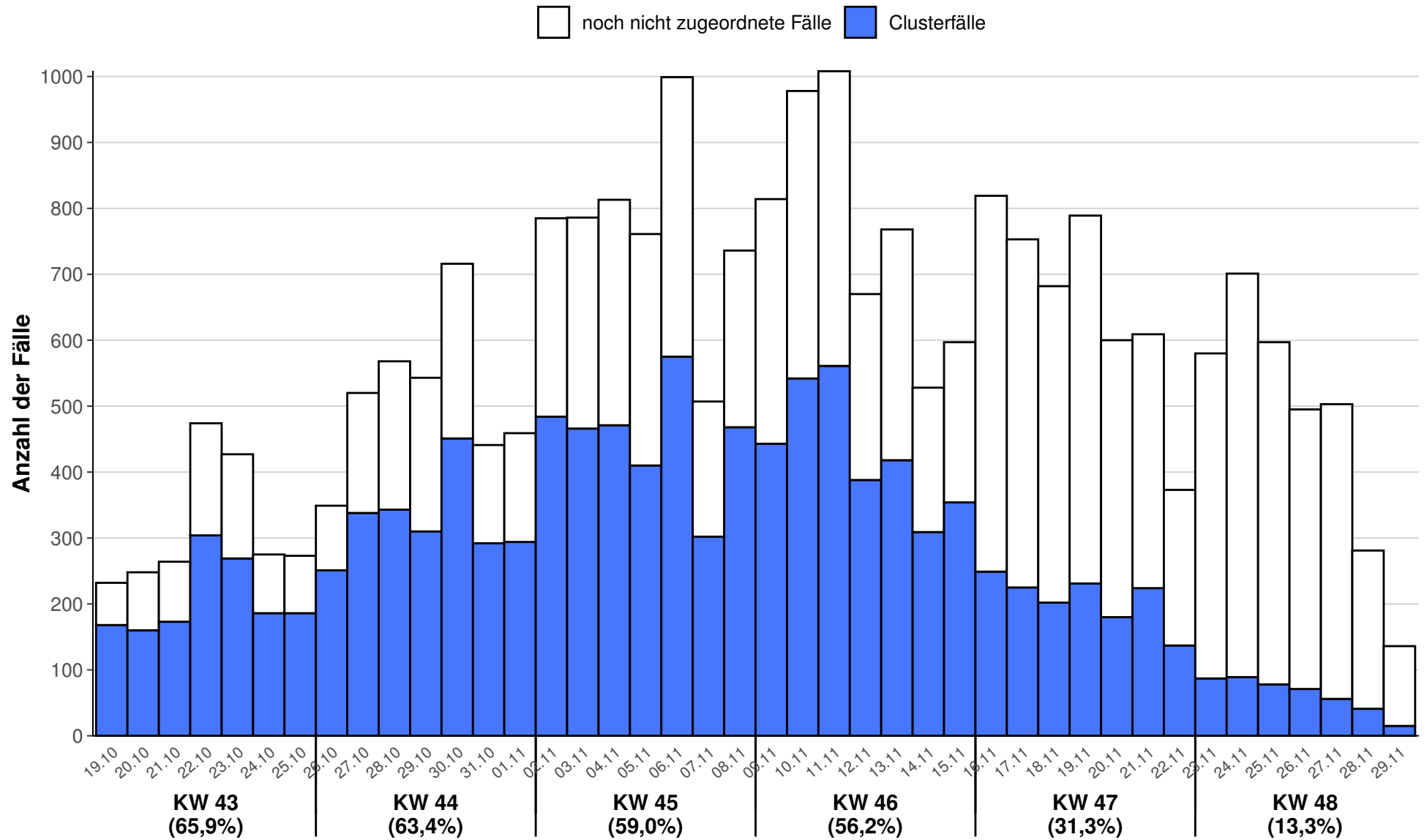
Geklärtc Fälle

Abbildung 22: Tirol, Fälle mit geklärcr Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



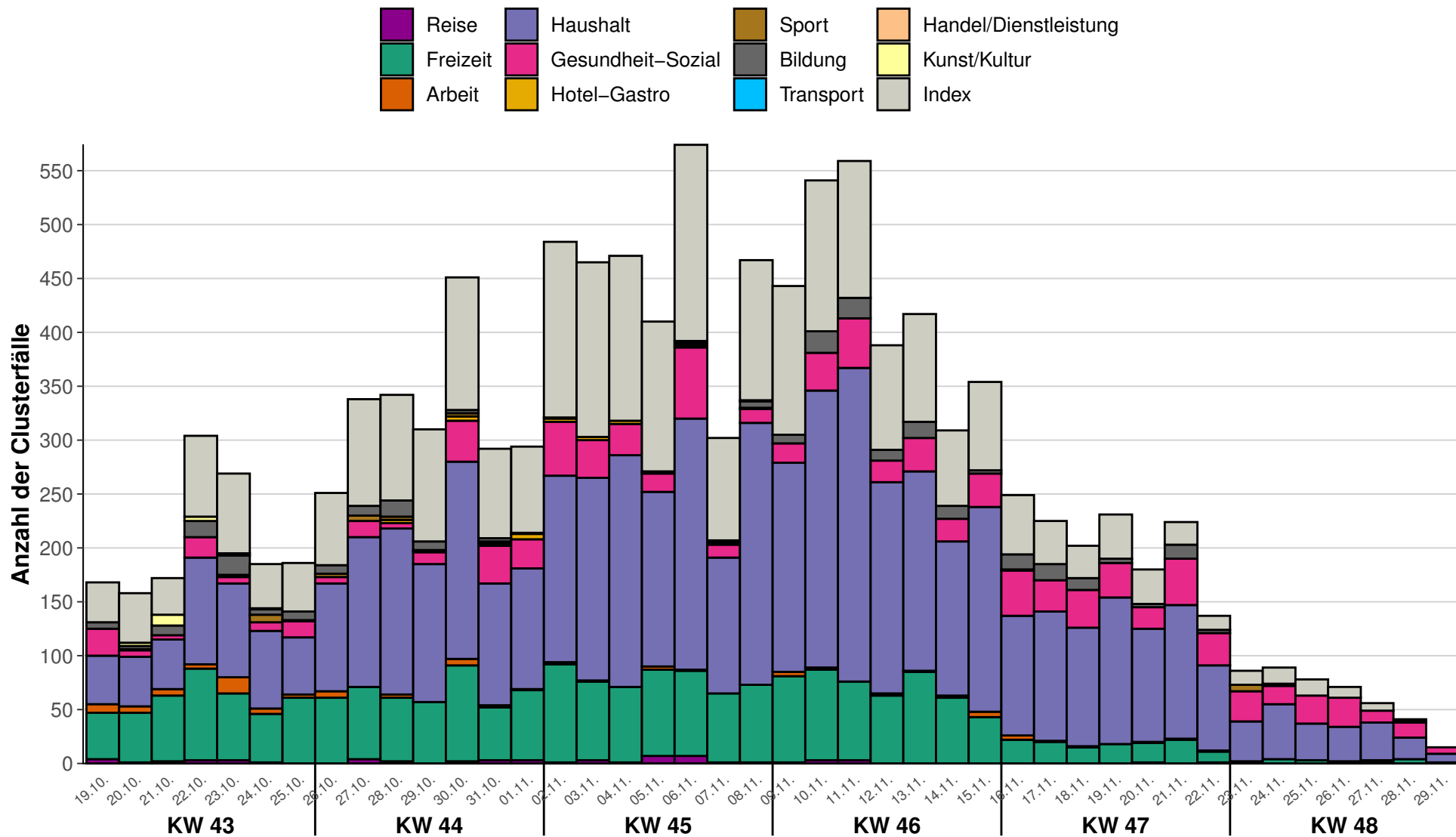
Clusterfälle

Abbildung 23: Tirol, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 24: Tirol, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Vorarlberg

Zusammenfassung

Tabelle 9: Vorarlberg, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	43	44	45	46	47	48
Fälle ¹ Vorarlberg (N)	1.080	2.043	2.873	3.090	2.147	1.186
Fälle ungeklärt ² (n)	472	1.208	1.903	1.928	1.372	1.074
Indexfälle ³ (n)	180	338	515	315	134	5
Anteil geklärt	56,3%	40,9%	33,8%	37,6%	36,1%	9,4%
Fälle geklärt ⁴ (n)	608	835	970	1.162	775	112
Clusterfälle ⁵ (n)	769	1.167	1.480	1.469	899	115
sporadisch importierte Fälle (n)	16	3	5	6	7	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	578	829	956	1.151	766	110
Haushalt	49,1%	69,4%	73,4%	77,2%	67,2%	60,0%
Freizeit	25,3%	16,3%	15,7%	12,0%	9,7%	0,9%
Gesundheit-Sozial	3,8%	3,7%	5,6%	4,3%	16,7%	39,1%
Arbeit	7,4%	4,7%	3,0%	4,3%	3,4%	0,0%
Hotel-Gastro	0,0%	0,5%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
Bildung	12,5%	4,0%	1,4%	1,3%	1,8%	0,0%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Reise	0,5%	0,1%	0,2%	0,5%	1,0%	0,0%
Haushalt (n)	284	575	702	888	515	66
Bildung (n)	72	33	13	15	14	0
Gesundheit-Sozial (n)	22	31	54	50	128	43
Reise (n)	3	1	2	6	8	0

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

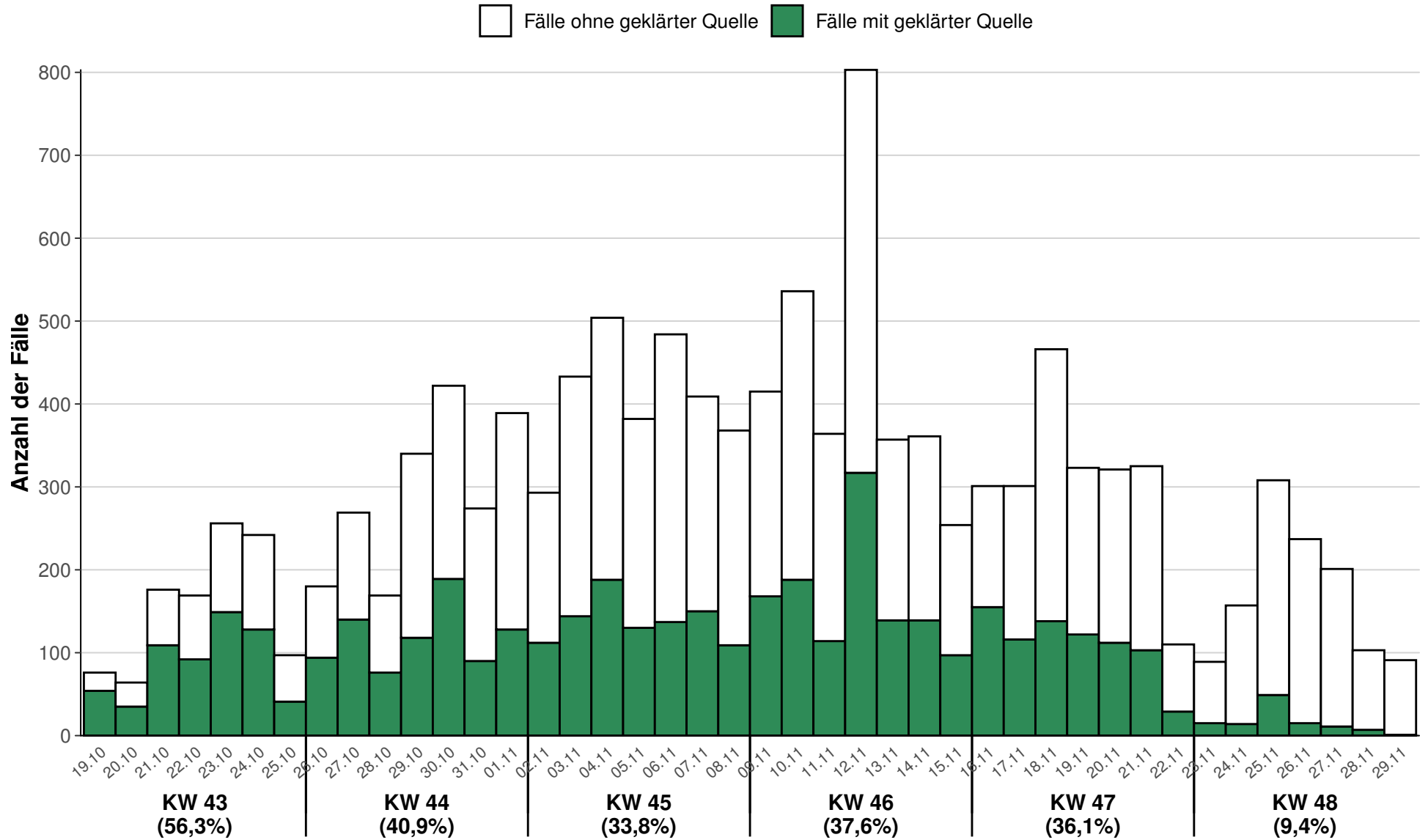
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

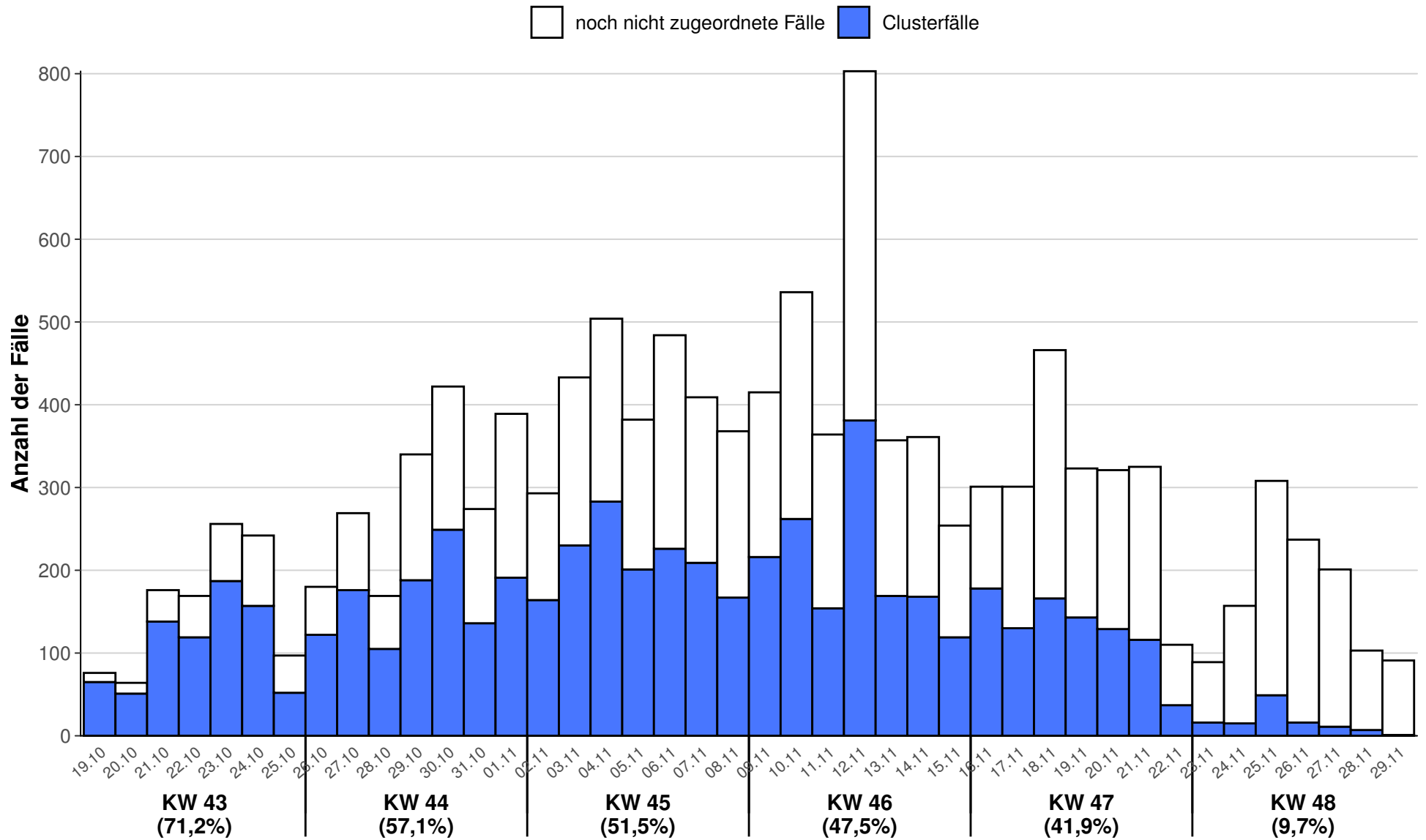
Geklärte Fälle

Abbildung 25: Vorarlberg, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



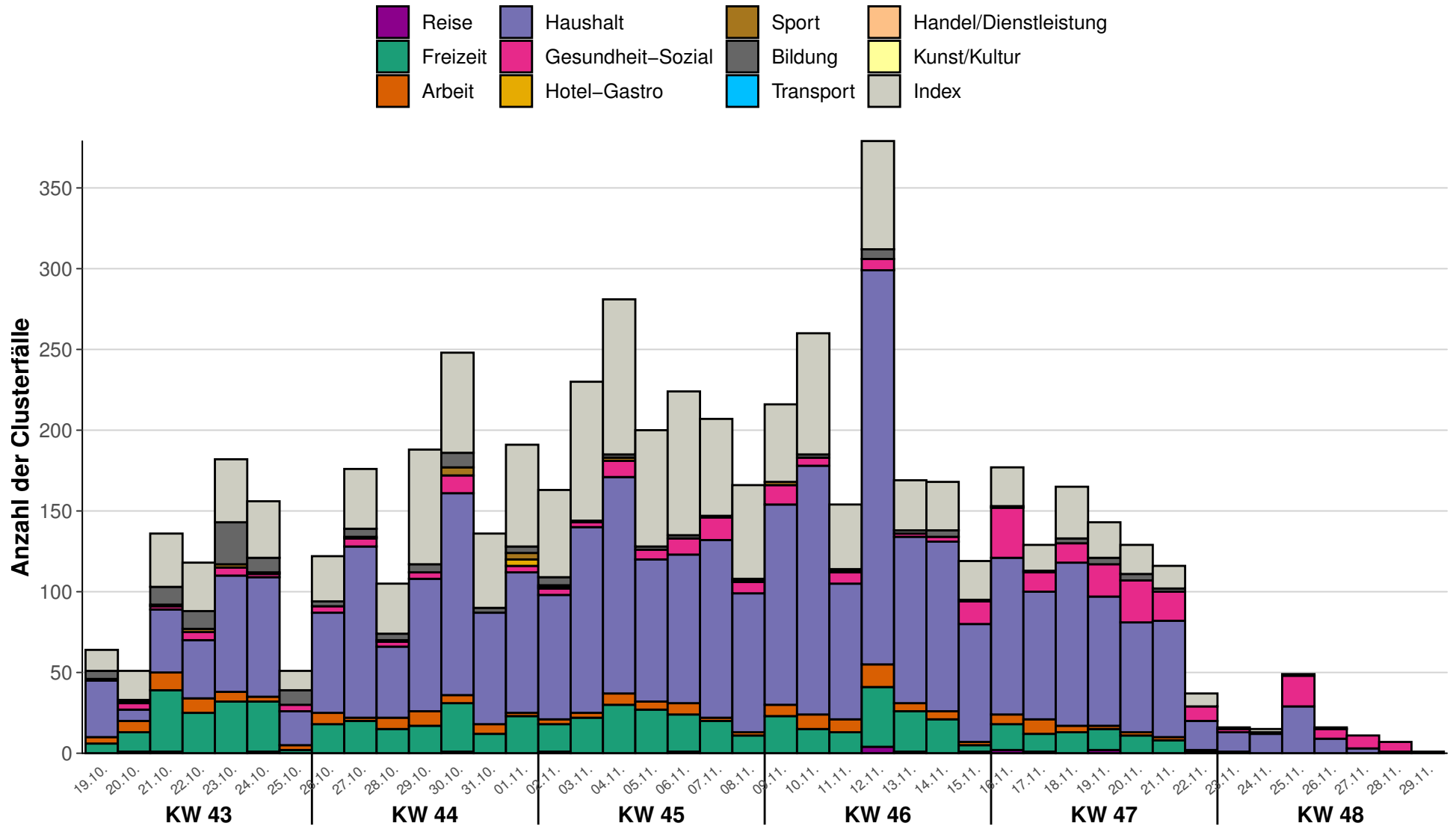
Clusterfälle

Abbildung 26: Vorarlberg, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

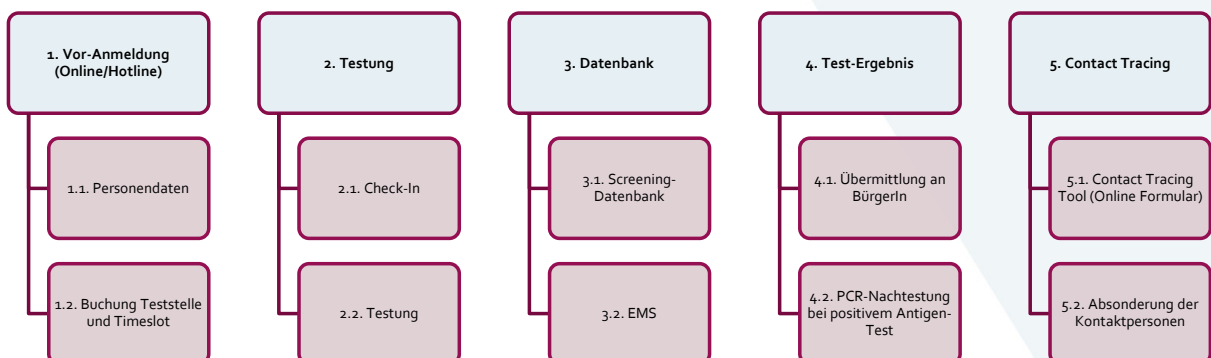
Abbildung 27: Vorarlberg, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Screening Pädagoginnen und Pädagogen/ österreichweite Testung

Wien, 26.11.2020

Ablauf



1. Vor-Anmeldung

Vorerfassung der Personendaten und Terminbuchung via:

- a) Website (Ausfüllen eines Formulars + SMS-Bestätigung zur Verifizierung)
- b) Telefon-Hotline
- c) Vor Ort (dadurch kann es zu Wartezeiten kommen, was die Infektionsgefahr erhöht → vermeiden)

3

2. Testung

- **Check-in bei der Teststelle**
 - a) Mit Termin: Überprüfung der Personalien an der Check-in-Stelle
 - b) Ohne Termin: Erfassen der Personendaten an der Check-in-Stelle
- **Durchführung der Testung**
 - a) Verknüpfung der Personendaten mit einer eindeutigen Test-Nummer
 - b) Abnahme der Probe
 - c) Getestete Person kann auf Ergebnis warten, wenn PCR-Nachtestung vor Ort möglich und notwendig ist (bei positivem Antigen-Test)

4

3. Datenbank

- Auswertung des Antigen-Tests
- Eintragung der Personendaten und Test-Ergebnisse (positive und negative) in Screening-Datenbank
- Automatisierte Übermittlung der positiven Fälle ans EMS und automatische Zuteilung an zuständige Bezirksverwaltungsbehörde
- Für eine zeitnahe Übersicht der durchgeführten Antigen-Tests werden die Ergebnisse als Report bereitgestellt

5

4. Übermittlung des Test-Ergebnisses an Bürgerinnen und Bürger

- SMS (Link zu Webseite und Authentifizierung)
- E-Mail (Link zu Webseite und Authentifizierung)
- Vor Ort

Bei positivem Antigen-Test:

1. PCR-Nachtestung (eigener Zugang, um Vermischung mit gesunden Personen zu verhindern)
2. Grundlage für Absonderung
3. Link zum Contact Tracing Tool wird zugeschickt (zur eigenständigen Angabe von Kontaktpersonen)

6

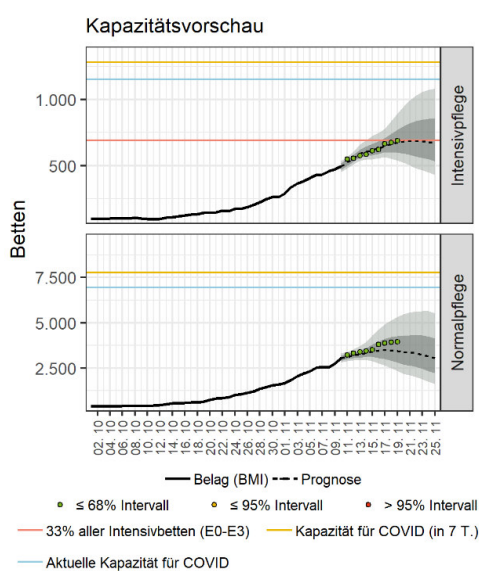
5. Contact Tracing

- Ziel: Möglichst viel Contact Tracing
- Nutzung des Contact Tracing Tools
- K1-Kontaktpersonen werden erst bei positiver PCR-Nachtestung abgesondert

TOP 3 Corona-Kommission Bericht aus dem COVID Prognose Konsortium

Florian Bachner, Lukas Rainer, Martin Zuba
 19.11.2020

Prognosegüte der letzten Prognose vom 12.11.2020



Ergebnis vom 17.11.2020 – Fallentwicklung

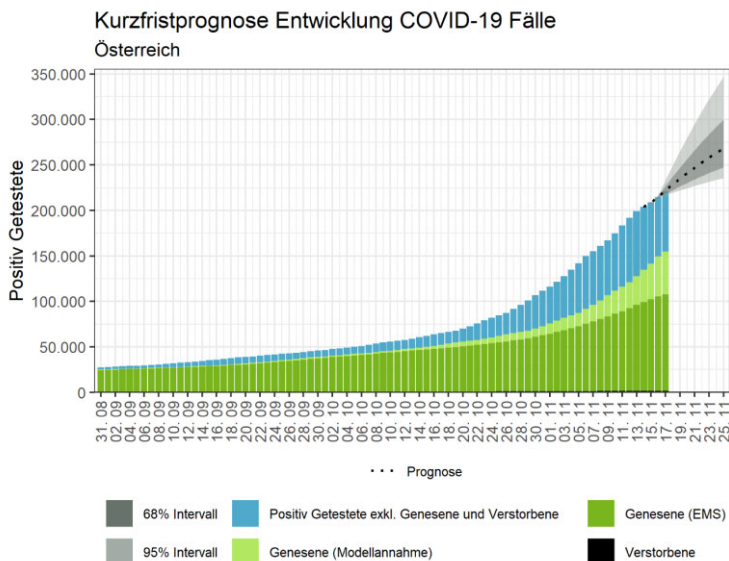
Datenstand 17.11 (10:00)

- » **Limitationen:** Derzeit gehen Fälle die ausschließlich über Antigentest identifiziert wurden, nicht in die Analyse ein. Ein Bundesland hat das Testen von asymptomatischen Kontaktpersonen Grad I derzeit eingestellt. Nach wie vor treten Verzögerungen von Labormeldung in das EMS auf, jedoch in geringerem Ausmaß, als noch in KW 44, 45 bzw. Anfang der KW 46.
- » In der letzten Prognoseperiode (12.11. – 16.11.) wurde ein **geringfügiger Rückgang** der täglich gemeldeten Neuinfektionen beobachtet. Die beobachteten Werte lagen nahe an der vorwöchigen Prognose.
- » Die aktuellen Prognosen gehen von einem Infektionsgeschehen von 5.849 Fälle/Tag aus (6.800 Fälle/Tag am 1. Prognosetag bis 4.900 Fälle/Tag am letzten Prognosetag; (Durchschnittswerte ohne wochentagsbedingte Schwankungen).
- » Die Wirksamkeit des harten Lockdowns vom 16.11. wird sich mit den bereits gesetzten Maßnahmen überlagern, sodass dessen Wirksamkeit voraussichtlich erst nach 10 Tagen in den Daten erkennbar sein wird. Somit ist der harte Lockdown für die akt. Fallprognose nicht maßgeblich.
- » Trotz der eintretenden Bremswirkung bleibt die Fallzahl im Prognosezeitraum an der systemkritischen Grenze.

Ergebnis vom 17.11.2020 – Kapazitätsvorschau

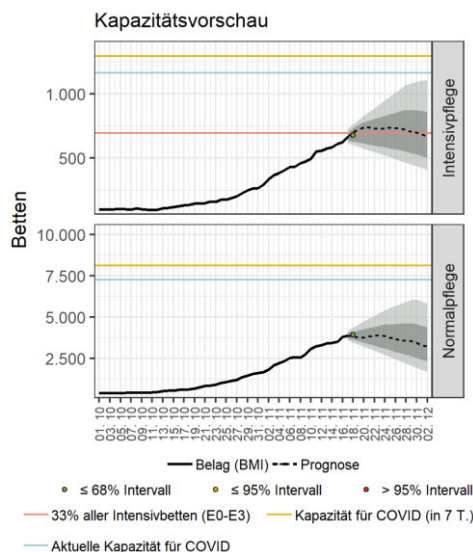
- » Trotz moderater Rückgänge der Neuinfektionen erwarten wir weiterhin einen Anstieg des ICU-Belags der sich wie in den Prognosen der Vorwochen angegeben, in ein Plateau von über 700 Fällen übersetzen wird.
- » Laut Prognose erreicht der Anteil der intensivpflichtigen COVID-Patienten an der ICU-Gesamtkapazität am Höchststand rund 35 % (739 Betten).
- » Die Gesamtkapazität entspricht allen tatsächlich aufgestellten Intensivbetten (gemäß Ländermeldung an das BMSGPK vom 18.11., derzeit 2.079 ICU-Erwachsenenbetten ohne erweiterbare Kapazitäten).
- » Gemäß der am 18. November im Rahmen der neuen BMSGPK-Berichtsschiene gemeldeten Kapazitäten ist in Kärnten eine Überschreitung der maximal verfügbaren Kapazitäten (inklusive innerhalb von 7 Tagen bereitstellbare Zusatzkapazität) innerhalb des 68%-Intervalls im Prognosezeitraum möglich. In vielen anderen Bundesländern ist eine Überschreitung von zumindest der derzeit verfügbaren Kapazitäten möglich (innerhalb des 68%-Intervalls).

Aktuelle Prognose

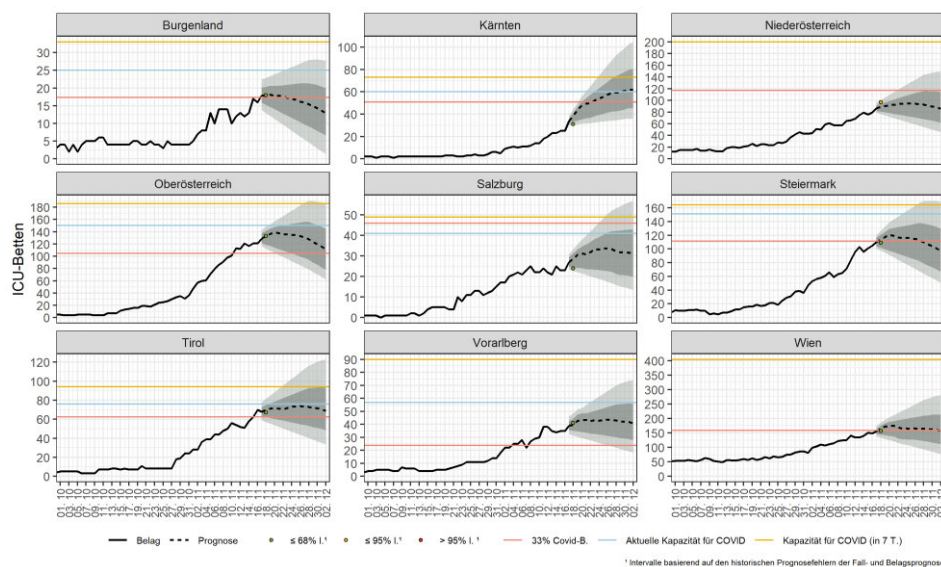


Kapazitätsschau Österreich

- » Anstieg des **Belages auf ICU** von 667 auf 739 (20.11.) und leichter Rückgang auf 668 (2.12) von dzt. 1.164 für COVID-19 verfügb. Betten
 - » Im Worst-Case-Szenario beläuft sich der Belag auf rund 1.103 Betten am 2.12. (tritt mit 97,5% Wahrscheinlichkeit nicht ein).
- » Relativ konstanter Belag auf Normalstationen von rund 3.900 in den nächsten 7 Tagen (von 7.300 für COVID-19 verfügb. Betten)
 - » Im Worst-Case-Szenario beläuft sich der Belag auf rund 5.800 Betten am 2.12. (tritt mit 97,5% Wahrscheinlichkeit nicht ein).



Kapazitätsvorschau Österreich Intensivpflege



Prognoseergebnisse im Detail

Zuwachs bis 25. 11. (FÄLLE)

Bundesland	Fallzahl	Neue Fälle	Ø tägl. Zuwachs
Burgenland	6.909	1.418	129
Kärnten	14.167	5.724	520
Niederösterreich	38.850	9.329	848
Oberösterreich	53.322	12.823	1.166
Salzburg	20.025	5.988	544
Steiermark	28.235	6.746	613
Tirol	31.989	7.870	715
Vorarlberg	16.131	4.233	385
Wien	58.705	10.202	927
Österreich	268.334	64.334	5.849

Prognoseergebnisse im Detail

Kapazitätsvorschau: Belag und Auslastung am 2.12.

Bundesland	Normalpflege			Intensivpflege			
	Hauptvariante		Oberes Intervall	Hauptvariante			Oberes Intervall
	Belag per 02.12	Max.	Belag	Belag per 02.12	Max.	Auslastung (%) ¹	Belag
Burgenland	62	96	126	13	18	24,9%	28
Kärnten	415	435	775	62	62	40,3%	105
Niederösterreich	528	614	977	86	95	24,4%	150
Oberösterreich	663	965	1.220	112	139	35,5%	187
Salzburg	150	181	288	31	34	22,5%	57
Steiermark	432	630	822	98	121	29,2%	169
Tirol	319	358	618	69	74	36,8%	123
Vorarlberg	135	155	288	41	44	57,4%	75
Wien	499	595	964	158	175	33,0%	281
Österreich	3.203	3.878	5.821	668	739	32,1%	1.103

¹ Kapazitätsmeldung Länder an BMSGPK (18.11.2020): gesamt 2.079 Betten

Prävalenz neuer SARS-CoV-2-Varianten

Strauss / Mayrhofer BMSGPK VII/A

Quellen:
ECDC
BMEIA (Fact Sheets österr. Vertretungsbehörden, Stand 23.02.2021)

1

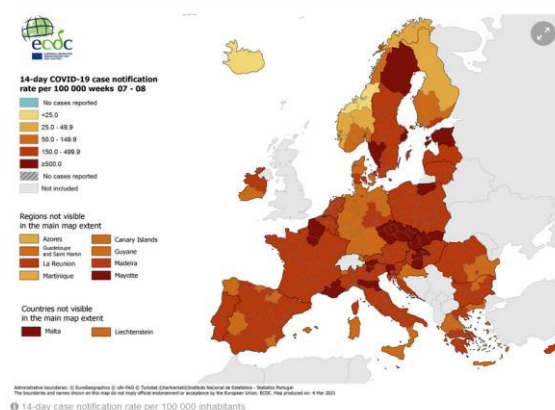
Europa

ECDC 11.03.2021

- Derzeit auf **Platz 16 von 32** der Staaten aufgrund der **14-Tagesinzidenz: 338**
- **Durchschnitt** **14-day case notification rate per 100 000 inhabitants, updated 4 March 2021**
14d-Inzidenz EWR+CH+UK: 386

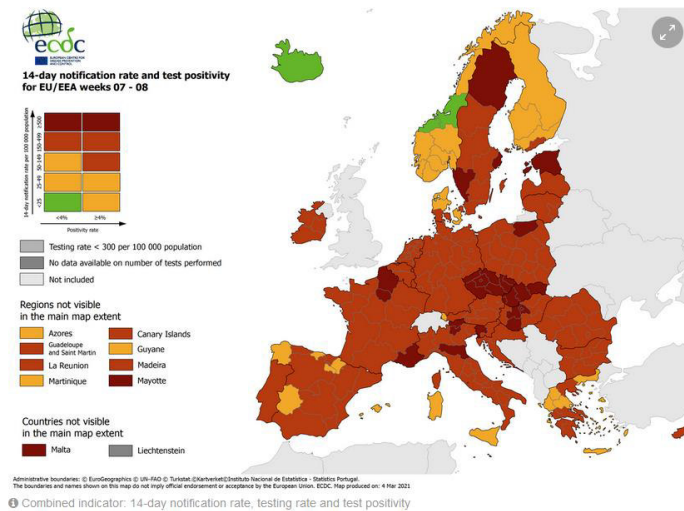
- **<100:**
ISL: 4 (1. Platz!)
- **>500:**
SLO: 520 SE: 527 SK: 567
HU: 645 MLT: 720,4
EST: **1397** CZ: **1572**

- **Weitere Nachbarländer:**
GER: 137
CH: 171



2

Combined indicator: 14-day notification rate, testing rate and test positivity, updated 4 March 2021



Quelle: ECDC

3

3

Verbreitung Virusvarianten UK, ZA, BR in Europa Stand: 09.03.2021

(Quelle: Fact Sheets der öVBen;
für Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität kann keine Gewähr geleistet werden)

Verbreitung nach Variante:

B1.1.7-Variante (UK): BE, BG, CZ, DE, DK, EE, EL, ES, FI, FR, HR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, MT, NL, PT, PL, RO, SE, SI, SK / CH, IL, IS, NO, UK

B1.351 Variante (ZA): BE, DE, DK, EL, ES, FI, FR, HR, IE, IT, LU, MT, NL, PL, PT, SE, CH, IL, NO, UK, **EE, RO, SK, CZ**

P.1/P.2-Varianten (BR): BE, DE, ES, FI, FR, IT, LU, NL, CH, UK, **DK**

(„Kalifornien-Variante“ und „Uganda-Variante“: IL)

*gelb: neu hinzugekommen seit letzter Berichterstattung

UK: 30
ZA: 24
BR: 11

4

4

EUROPA – Anteil Varianten Neuinfektionen

sozialministerium.at

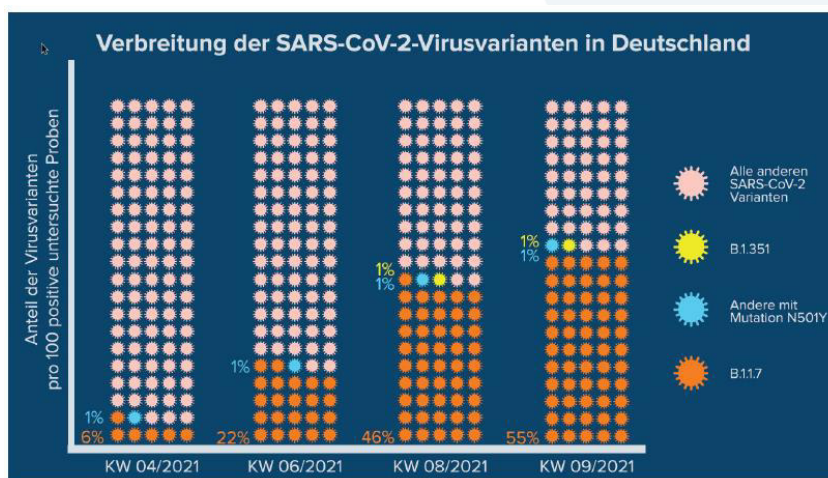
Überblick	
Dänemark	UK: KW6 45% (KW3: 12,1%) aller positiven Tests
Frankreich	UK: 59,9% RSA- bzw. BR: 6,3%
Norwegen	UK: 50-70%
Portugal	UK: 43%
Belgien	UK: 53% RSA: 2,2% / BR: 0,9%
Tschechien	UK: 40%
Slowakei	UK: 72% aus landesweitem Testsampl (n=2384) (Stand 15.02.)
Schweden	UK: in Stockholm am höchsten mit 25% RSA: in 5% der sequenzierten Proben
Italien	UK: 50% Lombardei

B	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W	Ö
94,40%	76,22%	79,56%	73,30%	85,96%	66,06%	41,52%	30,11%	90,54%	76,74%

5

Varianten – DE Stand 10.3.2021 (RKI)

sozialministerium.at



Quelle: RKI (aktualisierter Bericht zu Virusvarianten in Deutschland, Stand 10.03.)

6

6

„ControlCOVID“

Stufenkonzept

Robert-Koch-Institut (RKI)

Strauss / Mayrhofer / Krainz

7

Toolbox

SETTING	DIMENSION	Infektionsrisiko (individuell im Setting)	Anteil am gesamten Transmissionsgeschehen	Direkter PH-Einfluss (auf schwere Krankheitsverläufe und Todesfälle)	Nicht-COVID-Effekte bei Beschränkung <small>(nat. soziale, psychologische, ökonom. Effekte)</small>
1. Zusammenkünfte in Innenräumen		niedrig bis hoch <small>(abhängig von Setting & Schutzkonzepten)</small>	hoch	hoch	umfangreich
2. Alten- und Pflegeheime		hoch	hoch	hoch	umfangreich
3. Bars / Clubs		moderat bis hoch	moderat bis hoch	indirekt	limitiert
4. Betriebe/Unternehmen		niedrig bis hoch <small>(branchenabhängig)</small>	niedrig bis hoch <small>(branchenabhängig)</small>	indirekt <small>(branchenabhängig)</small>	umfangreich
5. Gastronomie		moderat	moderat	indirekt	moderat
6. Universitäten & FHs		moderat	moderat	moderat	moderat
7. Weiterführende und Berufsschulen		moderat	moderat	moderat	umfangreich
8. Personverkehr ÖPNV		moderat	moderat	indirekt	umfangreich
9. Kitas & Grundschulen		moderat	niedrig bis moderat	niedrig	umfangreich
11. Glaubensgemeinschaften/ Religiöse Zusammenkünfte		moderat	niedrig	moderat	moderat
10. Theater, Kino, Museen		niedrig bis moderat	niedrig bis moderat	indirekt	moderat
12. Friseur, Kosmetik, Körperpflege		niedrig bis hoch	niedrig	niedrig	moderat
13. Einzelhandel		niedrig	niedrig	indirekt	moderat
14. Zusammenkünfte im Freien		niedrig	niedrig bis moderat <small>(je nach Art und Größe des Events)</small>	niedrig	moderat
15. Personenverkehr Fern		niedrig	niedrig	niedrig	umfangreich limitiert
16. Hotels		niedrig	niedrig	niedrig	umfangreich limitiert
17. Parks und Spielplätze		niedrig	niedrig	niedrig	moderat

Toolbox ermöglicht schnelle, evidenzbasierte Bestimmung der Risiken der Settings! 8

8

Intensitäts-Stufenkonzept Indikatoren

- Lagebeurteilung auf **lokaler Ebene** – 4 Indikatoren: („Leitindikatoren“)
- **7-Tagesinzidenz** pro 100.000 Einwohner/innen
- **COVID-indizierter ICU-Belag**
- **wöchentliche Inzidenz hospitalisierter Fälle bei >60-Jährigen** (pro 100.000)
- **Aufklärungsrate im CT**
- **Zusätzlich berücksichtigt werden „Hilfsindikatoren“**
 - **R_eff**
 - **% Varianten**
 - **% Fälle ohne ermittelbare Infektionsquelle**
 - **Anzahl, Größe und Setting** der Ausbruchsgeschehen

9

9

LEIT-INDIKATOREN	INTENSITÄTSSTUFE 3	INTENSITÄTSSTUFE 2	INTENSITÄTSSTUFE 1	BASISSTUFE
	7-T-Inzidenz (führend bei Eskalation)	> 50	<= 50 bis > 35	<= 35 bis > 10
% COVID-ITS Fälle an ITS-Kapazität* (führend bei Eskalation)	> 12%	<= 12% bis > 5%	<= 5% bis > 3%	<= 3%
Wöchentliche Inzidenz hospitalisierter Fälle bei > 60-jährigen	> 6	<= 6 bis > 4	<= 4 bis > 3	<= 3
% Kontaktpersonennachverfolgung	< 60%	>= 60% bis > 80%	>= 80% bis < 90%	>= 90%
Zusammenkünfte in Innenräumen	Nur innerhalb der Familie	< 10 mit Schutzkonzepten	< 50 mit Schutzkonzepten	< 100 mit Schutzkonzepten
Alten- und Pflegeheime	Testpflicht, nur Einzelbesuche	Testpflicht, max. zwei Personen	Testpflicht, mehrere Personen	Testpflicht, mehrere Personen
Bars / Clubs	Schließung erwägen	Schließung erwägen	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten
Betriebe/Unternehmen	Mobiles Arbeiten empfohlen, Verschärfung Schutzkonzepte	Mobiles Arbeiten empfohlen oder offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten
Gastronomie	Nur Abholung	Nur Abholung	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten
Universitäten & FHs	Distanzunterricht, Schließung erwägen	Offen, Schutzkonzepte, Reduzierung Personenzahl	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten
Weiterführende Schulen, Berufsschulen	Distanzunterricht, Schließung erwägen	Distanzunterricht, Reduzierung Klassenstärke	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten
Personenverkehr ÖPNV	Schutzkonzepte, Extra Bahnen/Taktung, Reduzierung Fahrgastzahlen	Schutzkonzepte, Extra Bahnen/Taktung	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten
Kittas & Grundschulen	Offen mit Schutzkonzepten, Verleihen/feste Gruppenverbände	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten
Glaubensgemeinschaften/Religiöse Zusammenkünfte	Schließung erwägen	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten
Theater, Kino, Museen	Schließung erwägen	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten
Friseur, Kosmetik, Körperpflege	Schließung erwägen	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten
Einzelhandel	Schließung erwägen (außer Geschäfte des täglichen Bedarfs)	Offen (1Person/20m ²)	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten
Zusammenkünfte im Freien	Verbot erwägen	< 100 mit Schutzkonzepten	< 500 mit Schutzkonzepten	< 1000 mit Schutzkonzepten
Personenverkehr Fern	Schutzkonzepte, Sitzplatzreservierungen, Extra Bahnen/Taktung, Reduzierung Fahrgastzahlen	Schutzkonzepte, Sitzplatzreservierungen	Schutzkonzepte, Sitzplatzreservierungen	Schutzkonzepte, Sitzplatzreservierungen
Hotels	Schließung erwägen	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten	Offen mit Schutzkonzepten
Parks und Spielplätze	Offen	Offen	Offen	Offen

Stufe 3 – Hohes Infektionsgeschehen

- Diffuses Geschehen, Ausbrüche in mehreren und großen Settings oder flächenhafte Ausbrüche
- Hohe Übertragungsrate im privaten Umfeld
- GÄ und GS*: Überlastung, KP-Nachverfolgung nicht mehr möglich, hohe Hosp. & ITS-Raten

Stufe 2 – Mittleres Infektionsgeschehen

- Ausbrüche in einzelnen Settings (Pflegeeinrichtungen, Unterkünfte, Schulen, Betriebe) nehmen zu
- Zunahmen Übertragungen im privaten Umfeld
- GÄ und GS*: Belastet, aber noch Ressourcen vorhanden

Stufe 1 – Niedriges Infektionsgeschehen

- Gut kontrollierbare, Einzelfälle,
- lokal und zeitlich begrenzte kleinere Ausbrüche
- GÄ und GS*: genügend Ressourcen vorhanden

Empfehlungen zu Basismaßnahmen
(unabhängig von der Intensitätsstufe)

- AHA+L (Abstand, Hygiene, Alltagsmasken, Lüften)
- Corona-Warn-App
- Generelles Tragen von Mund-Nasen-Schutz in Gesundheitseinrichtungen und Pflegeheimen
- Fallidentifikation und Fallsisolierung
- Kontaktsuche und Quarantäne
- Identifikation von Fallketten und Clustern
- Mobilität und Kontakte reduzieren
- Nationale Teststrategie

Legende/Ergänzungen:

- ‡ Anteil intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Fälle an der Gesamtzahl der betrieblaren ITS-Bettenkapazität
- *GÄ: Gesundheitsämter; GS: Gesundheitssystem
- † Schul- und Kitaschließungen gegebenenfalls bei außergewöhnlich hohem Transmissionsgeschehen prüfen.

[Link zu RKI-Empfehlungen für Schutzkonzepte in Schulen](#)

Bitte Erläuterungen zum Stufenkonzept beachten!

10

Internationaler Überblick

Zusammenhang 14-Tage-Inzidenz & Maßnahmensetzung

Quelle:

- **GÖG** („COVID-19 Schutzmaßnahmen in ausgewählten Ländern“; 09.03.2021)

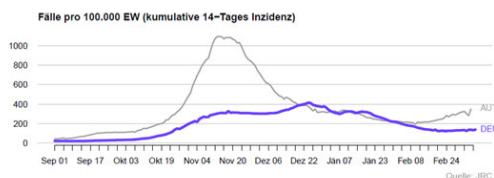
Strauss / Mayrhofer

11

Deutschland

4.2 Deutschland

Trend stable
Änderung Fälle 11 %



3.3.	Durchimpfungsrate 2,7% Gesamtbevölkerung (2. Dosis)
------	---

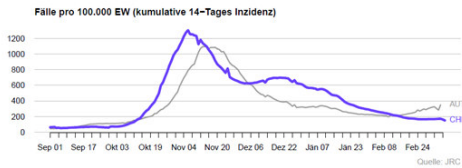
	Maßnahme <small>sozialministerium.at</small>
Seit 14.1.	<ul style="list-style-type: none"> • strengere Test- und Nachweispflichten bei Einreisen aus Risikogebieten/Hochinzidenz-/Virusvarianten-Gebieten
30.1. bis 17.2.:	<ul style="list-style-type: none"> • Verbot von Beförderungen aus Virusvarianten-Gebieten AUSSER: Beförderungen von Personen mit Wohnsitz und Aufenthaltsrecht, Transit Transporte mit Personal im Interesse der öffentlichen Gesundheit etc.
11.2.	<p>Bayern: Lockerungen bei flächendeckender Inzidenz <35 an 7 aufeinanderfolgenden Tagen.</p>
8.3.	<p>Bayern: private Zusammenkünfte 2 Haushalte, max 5 Personen¹²</p>

12

Schweiz

5.10 Schweiz

Trend decreasing
Änderung Fälle -12 %



Bis 28.2. Durchimpfungsrate
3,03% (2.Dosis)

Quellen: BMEIA; AGES

13

sozialministerium.at

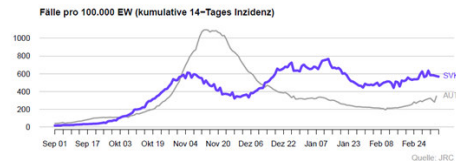
	Maßnahme
Seit 8.2.	<ul style="list-style-type: none"> • Privat: maximal 5 P inkl. Kinder • Öffentlich: max 5 P • Homeoffice überallwo möglich • Arbeitsplatz: In Innenräumen > 1 P Maskenpflicht • UNI: Distance Learning • Pflichtschulen/Gymnasien: Präsenzunterricht
Ab 1.3.	<ul style="list-style-type: none"> • Treffen im Freien bis 15 P Familie, Freunde, sportliche/kulturelle Aktivitäten (ohne Körperkontakt) • Museen, Lesesäle von Bibliotheken, Zoos, botanische Gärten offen • Außenbereiche von Sport- und Freizeitanlagen offen

13

Slowakei

4.5 Slowakei

Trend stable
Änderung Fälle 5 %



8.3. Durchimpfungsrate: **6,4 %**
Gesamtbevölkerung (1. Dosis)

Quellen: BMEIA; AGES

14

sozialministerium.at

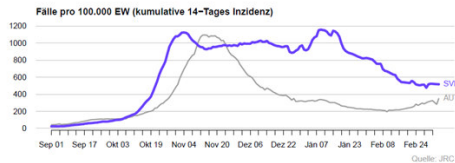
	Maßnahme
08.02.	<ul style="list-style-type: none"> • Verlängerung Ausgangsbeschränkungen - 19.03.
ab 10.02.	<ul style="list-style-type: none"> • neg. Test für Weg zur Arbeit erforderlich
03.03.	<ul style="list-style-type: none"> • Verschärfung Ausgangsbeschränkungen <ul style="list-style-type: none"> – 20:00 Uhr Ausgangssperre – Bewegung in freier Natur nur im Wohnsitzbezirk • Pflicht zum Homeoffice • Kindergarten und Grundschule nur für Kinder mit akutem Betreuungsbedarf
Ab 15.3.	<ul style="list-style-type: none"> • FFP2-Maskenpflicht in allen Innenräumen

14

Slowenien

4.6 Slowenien

Trend stable
Änderung Fälle -3 %



	Maßnahme
08.02.	<ul style="list-style-type: none"> • Verlängerung Ausgangsbeschränkungen - 19.03.
08.03.	<ul style="list-style-type: none"> • Präsenzunterricht an allen Schulen; Schülerwohnheime öffnen • Lockerungen Gastronomie (nur Südost-Slowenien, Untere Save-Gegend): tagsüber im Außenbereich an Tischen serviert

8.3.	Durchimpfungsrate 7,2% Gesamtbevölkerung (1. Impfung)
------	---

Quellen: BMEIA; AGES

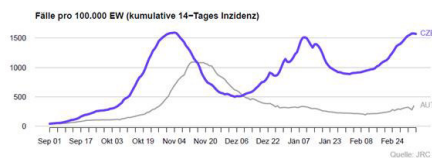
15

15

Tschechische Republik

3.23 Tschechien

Trend increasing
Änderung Fälle 36 %



	Maßnahme
Ab 15.2.	<ul style="list-style-type: none"> • öffentliche Ämter offen • Bibliotheken mit „Ausleih-Fenster“ geöffnet
1.3.	<ul style="list-style-type: none"> • Kindergärten geschlossen • 1. und 2. Grundschulklassen Distanzunterricht • Nur essenzielle Handelsbetriebe / Services offen
Ab 1.3.	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Quarantäne für: <ul style="list-style-type: none"> • Vollständig geimpfte Personen (14 Tage nach 2. Impfung) • Genesene (3 Mo nach Ende Infektion)

7.3.	Durchimpfungsrate 2,5% (2. Dosis)
------	--

Quellen: BMEIA; AGES

16

16



Corona-Kommission 18.03.2021

- Ablauf behördliche Maßnahmen auf Bezirks-/Gemeindeebene
- Lessons Learned Massenimpfungen

Corona-Kommission | 18.03.2021

Elmar Rizzoli

1

1



Maßnahmen auf Bezirks- und Gemeindeebene

- Monitoring
- Entscheidungsfindung
- Umsetzung

Corona-Kommission | 18.03.2021

Elmar Rizzoli

2

2



Monitoring

Tägliches Monitoring Gemeindeebene

Gemeinde	Aktiv_Positive	Aktiv_Positive_gestern	Aktiv_Positive_vorgestern	Bevölkerung	Inzidenz_7t
Arzl im Pitztal	9	7	6	3164	253
Haiming	44	41	32	4757	589
Imst	23	20	21	10765	130
Roppen	20	15	9	1818	990
Kaisers	1	1	1	75	1333

Corona-Kommission | 18.03.2021

Elmar Rizzoli

3

3



Monitoring

Tägliches Monitoring Gemeindeebene

Bei Auffälligkeiten → Detaillauswertung mit Verlauf

Corona-Kommission | 18.03.2021

Elmar Rizzoli

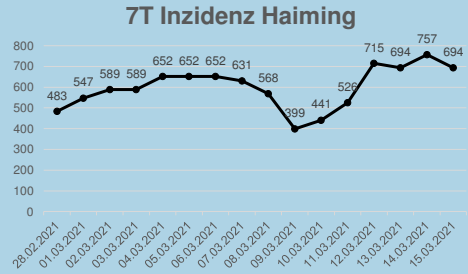
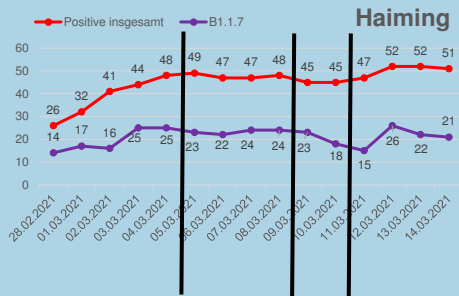
4

4



Monitoring

Tägliches Monitoring Gemeindeebene



Corona-Kommission | 18.03.2021

Elmar Rizzoli

5

5



Maßnahmen (Beispiel)

Testverpflichtung bei Ausreise

Bildungseinrichtungen

Handel

Corona-Kommission | 18.03.2021

Elmar Rizzoli

6

6



Begleitmaßnahmen

- Testmöglichkeiten
 - Teststation Gemeinde (PCR-Gurgeltests)
 - AG-Tests
 - Testbus (AG/PCR, 24/7)
 - Anmeldetool
 - Vortrag zur Verordnung
- Kommunikation
- Kontrollmaßnahmen (24/7 oder 30-40% von 06.00 – 20.00)
- Erstellung Verordnung

Corona-Kommission | 18.03.2021

Elmar Rizzoli

7

7



LL Großimpfung

- Impfung immobile Personen
- Logistik
- Back Up Listen

Corona-Kommission | 18.03.2021

Elmar Rizzoli

8

8



Impfung immobile Personen

Krankentransport VS **mobile Impfteams**

- Mobile Impfteams binden rund 50% weniger Ressourcen
- Logistik (Meldewege klar definieren)
- Keine ÖA!!!

Corona-Kommission | 18.03.2021

Elmar Rizzoli

9

9



Logistik

Transport vom Großhandel direkt zu Impfstellen

- Kommissionierung!!!
- Disponierbarer Bestand Spritzen/Nadeln

Corona-Kommission | 18.03.2021

Elmar Rizzoli

10

10



Back Up Listen

- Klare Vorgaben für Gemeinden
- Kontrolle

1. Novelle COVID-19-Notmaßnahmenverordnung – Rückmeldungen aus der Befassung der Corona-Kommission bis 25.11.2020, 9 Uhr

Zusammenfassung der Befassung der Corona-Kommission:

3 Rückmeldungen von KurienvorteilerInnen sind eingelangt: BMAFJ, BMK und Land Wien

Rückmeldungen im Detail:

Name, Kurie	Datum	Bezugnehmende §§	Stellungnahme inhaltlich
Piller, BMAFJ	24.11.2020	§ 6, Abs. 5	<p>mit Z 13 der Novelle soll in § 6 folgender Abs. 5 angefügt werden: „(5) Das Betreten von Arbeitsorten, auch von solchen, die außerhalb von Betriebsstätten liegen und insoweit als auswärtige Arbeitsstellen gemäß § 2 Abs. 3 letzter Satz ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG), BGBl. Nr. 450/1994, gelten, zum Zweck der Erbringung körpernaher Dienstleistungen ist untersagt. Dies gilt nicht für körpernahe Dienstleistungen gemäß § 5 Abs. 4.“</p> <p>Die Terminologie dieser VO ist eine andere als im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG). § 2 Abs. 3 ASchG definiert Arbeitsstätten, Baustellen und auswärtigen Arbeitsstellen.</p> <p>„Arbeitsstätten im Sinne dieses Bundesgesetzes sind Arbeitsstätten in Gebäuden und Arbeitsstätten im Freien. Baustellen im Sinne dieses Bundesgesetzes sind zeitlich begrenzte oder ortsveränderliche Baustellen, an denen Hoch- und Tiefbauarbeiten durchgeführt werden. Auswärtige Arbeitsstellen im Sinne dieses Bundesgesetzes sind alle Orte außerhalb von Arbeitsstätten, an denen andere Arbeiten als Bauarbeiten durchgeführt werden insbesondere auch die Stellen in Verkehrsmitteln, auf denen Arbeiten ausgeführt werden.“</p> <p>In der Formulierung des neuen Absatz 5 wird nun der Begriff Betriebsstätte verwendet (in § 5 Abs.1 hingegen Arbeitsstätte) und weiters „auswärtige Arbeitsstelle“, was nicht unbedingt zur Klärung beiträgt, weil nun zB Baustellen, wenn man sich an der Terminologie des ASchG orientiert, nicht genannt werden.</p>

			<p>Bisher gingen wir davon aus, dass die Arbeitsorte in den Covid-19 Maßnahmenverordnungen Arbeitsstätten, Baustellen und auswärtige Arbeitsstellen umfassten.</p> <p>Ohne jetzt die Anlassfälle zu kennen, die diese Änderung erforderlich machen, könnte vielleicht mit folgender einfacherer Formulierung das Auslangen gefunden werden: <i>„Das Betreten von Arbeitsorten, auch von solchen, die außerhalb von Arbeitsstätten liegen, zum Zweck der Erbringung körpernaher Dienstleistungen ist untersagt. Dies gilt nicht für körpernahe Dienstleistungen gemäß § 5 Abs. 4.“</i></p> <p>Damit wäre zB verhindert, dass die körpernahe Dienstleistung „Haare schneiden“ durch eine Friseurin in der Arbeitsstätte einer Bank erbracht wird. Ist das die beabsichtigte Regelung?</p>
Herndler, BMK	24.11.2020	§ 9 Abs. 5	<p>Vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme und für die Klarstellung betreffend Schülertransporte (§ 4 Abs. 2) sowie Flugfelder und Flughäfen iVm Sportausübung (§ 9 Abs. 5).</p> <p>Seitens des Bundesministeriums für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie erlauben wir uns darauf hinzuweisen, dass ho betreffend Flugsport kein epidemiologischer Unterschied zwischen z.B. einer Bootsfahrt (gem. interministerieller Abstimmung S7 am 19.11.2020 zulässig, da keine Sportstätte benutzt wird) und einem "Sport"-Flug erkannt werden kann.</p> <p>Es ergeht daher das Ersuchen seitens BMK um Information betreffend unterschiedlichem Infektions- bzw. Verbreitungsrisiko um insbes. auch der Luftfahrtindustrie entsprechend antworten zu können bzw. in eventuell um Streichung der § 9 Abs. 5.</p>
Müller, Land Wien	25.11.2020	Zu Z 3 (§ 1 Abs. 1 Z 3 lit.c)	<p>Der Ausnahmetatbestand der lit.c „Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen“ wird ausdrücklich um die Vornahme einer Testung auf COVID-19 im Rahmen von Screenings erweitert. Diese Konkretisierung ist jedoch nicht erforderlich, zumal auch dies unter „Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen“ subsumiert werden kann. Das konkrete Anführen von COVID-19-Testungen im Rahmen von Screenings führt nämlich dazu, dass sich die Frage stellt, was sonst für die Vornahme einer Testung auf COVID-19 (z.B. Aufsuchen der von der Stadt Wien aufgestellten Checkboxes, privater Test zur Sicherheit ohne Vorliegen von COVID-19-Symptomen bzw. ohne Verdacht auf eine COVID-</p>

			<p>19-Erkrankung) gilt. Fällt dies dann weiter in den Ausnahmetatbestand „Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen“?</p> <p>Um Unklarheiten zu vermeiden, sollte zumindest die Wortfolge „im Rahmen von Screenings“ gestrichen werden.</p>
		Zu Z 6 (§ 1 Abs. 1 Z 8)	In dieser Bestimmung wird ergänzt, dass der eigene private Wohnbereich auch zum Zweck des zulässigen Betretens von Elementaren Bildungseinrichtungen, Schulen und Universitäten (Einrichtungen gemäß § 15 Abs. 1 Z 1 und 2) verlassen werden darf. Für diese gilt jedoch gemäß § 15 Abs. 1 die Verordnung nicht.
		Zu Z 7 (§ 1 Abs. 3)	Diese Regelung ist nicht verständlich formuliert, insbesondere die Formulierung der Z 1 („auf der einen Seite Personen aus höchstens einem fremden Haushalt gleichzeitig beteiligt sind“). Gemeint ist vermutlich, dass bei Kontakten im Sinne von Abs. 1 Z 3 lit.a und Z 5 Personen aus maximal 2 verschiedenen Haushalten gleichzeitig beteiligt sein dürfen, wobei auf der einen Seite - also von einem der beiden Haushalte - mehrere Personen und von dem anderen Haushalt nur eine Person (plus aufsichtspflichtige Kinder) beteiligt sein dürfen. Die Regelung wäre entsprechend klar zu formulieren. Anzumerken ist auch, dass diese Regelung lebensfremd anmutet: Dies würde nämlich bedeuten, dass z.B. Großeltern (2 Personen) nur von der Tochter und dem aufsichtspflichtigen Enkelkind besucht werden dürfen, der Mann der Tochter (Schwiegersohn) aber nicht mitkommen darf.
		Zu Z 9 und 10 (§ 5 Abs. 1 Z 3 und Abs. 3)	Die Änderung betreffend Freizeiteinrichtungen ist sehr weit formuliert, insbesondere in Zusammenschau mit der „Streichung“ des ursprünglich angedachten § 5 Abs. 3a scheint unklar, was alles unter einer „sonstigen Einrichtung“ zu verstehen ist.
		Zu Z 12 (§ 5 Abs. 5 Z 8)	Es wird darauf hingewiesen, dass die Aufnahme der Z 8 in § 5 Abs. 5 für Leistungen im Sozialbereich zu Problemen führen kann. Die Bestimmung ist nicht präzise formuliert. Insbesondere ist unklar, unter welchen Bedingungen für die Erbringung einer Dienstleistung weitere Personen zwingend erforderlich sind. Darüber hinaus wäre es hilfreich eine solche Ausnahme nicht allein auf die Erbringung der Dienstleistung, sondern auch auf die Inanspruchnahme der Dienstleistung auszuweiten. Eine dahingehende Klarstellung ist z.B. für den weiteren Betrieb von Wärmestuben und Tageszentren für obdach- und wohnungslose Menschen dringend erforderlich.
		Zu Z 14 (§ 9 Abs. 5)	Es ist anzumerken, dass ein Flughafen nach dem Luftfahrtgesetz ein öffentlicher Flugplatz ist, der für den internationalen Luftverkehr bestimmt ist und über die hierfür erforderlichen Einrichtungen verfügt. Es stellt sich die Frage, ob tatsächlich auch Flughäfen zur Ausübung

			des Flugsports genutzt werden. Nur dann macht es nämlich Sinn diese den Sportstätten gemäß § 9 Abs. 1 gleichzustellen.
		Zu Z 16 (§ 10 Abs. 4 Z 1 und § 11 Abs. 4 Z 1)	In diesen Bestimmungen soll konkretisiert werden, dass bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Alten-, Pflege- und Behindertenheimen und in bettenführenden Kranken- bzw. Kuranstalten, um die Einrichtungen trotz positiven Antigen-Tests auf SARS-CoV-2 betreten zu dürfen, jedenfalls mindestens 48 Stunden Symptomfreiheit nach abgelaufener Infektion vorliegen muss. Es ist jedoch nicht klar, was der Ordnungsgeber unter einer abgelaufenen Infektion versteht. Aus Sicht des Landes Wien wäre hier einer Formulierung wie z.B. „nach bestätigter durchgemachter Erkrankung“ der Verzug zu geben.
		Zu Z 17 (§ 11 Abs. 2 Z 7)	In § 11 Abs 2 Z 7 sollten noch die PatientInnenanwälte zur Wahrnehmung der nach landesgesetzlichen Vorschriften vorgesehen Aufgaben aufgenommen werden. Aufgrund des derzeitigen Entwurfs ist die Pflege- und PatientInnenanwaltschaft zwar berechtigt Pflegeeinrichtungen zu betreten, nicht hingegen Krankenanstalten und als Sonderkrankenanstalten geführte Pflegeeinrichtungen.
		Zu Z 20 (§ 15 Abs. 3 Z 4)	Die Erweiterung der Ausnahmen von der Pflicht zum Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden und eng anliegenden mechanischen Schutzvorrichtung „für gehörlose und schwer hörbehinderte Personen sowie deren Kommunikationspartner während der Kommunikation“ wird begrüßt.

27. Sitzung der Corona-Kommission

Bericht des BMBWF zu den Antigenselbsttests im Bildungsbereich KW07

Wien, 25.02.2021

Antigenselbsttests an Schulen

Ergebnisübersicht für die Kalenderwoche 07 (15.02.2021-19.02.2021)

Die Tabellen dieses Berichts geben eine Übersicht über die Anzahl der an Schulen durchgeführten Antigen-Selbsttests und der davon positiven Schnelltestergebnisse sowie weitere Zusatzinformationen zu den Selbsttests an Schulen. Zu beachten ist, dass die Anzahl der Testungen je Testtag gezählt wird - während in der Primarstufe alle Schüler/innen an beiden Testtagen getestet werden, ist es in der Sekundarstufe I und II jeweils nur die halbe Schülerschaft. Die Informationen wurden über die Bildungsdirektionen erhoben und an das BMBWF gemeldet.

Stand: 19.02.2021, 12:00 Uhr

1. Übersicht

Übersicht: Ergebnisse der Antigentestungen in der Kalenderwoche 07 (15.02.-19.02.)											
DURCHGEFÜHRTE TESTS: Kalenderwoche 07											
	Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	
Alle Schulstufen*	Schüler/innen	1 196 451	40 026	76 412	233 304	163 379	83 854	148 287	97 036	55 761	298 392
	Lehr- & Verwaltungspersonal	127 840	4 154	10 576	26 036	18 730	8 523	17 566	9 489	6 560	26 206
	Gesamt	1 324 291	44 180	86 988	259 340	182 109	92 377	165 853	106 525	62 321	324 598
POSITIVE FÄLLE: Kalenderwoche 07											
	Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	
Alle Schulstufen*	Schüler/innen	385	4	23	88	38	18	29	11	14	160
	Lehr- & Verwaltungspersonal	169	6	10	37	5	2	16	2	1	90
	Gesamt	554	10	33	125	43	20	45	13	15	250
POSITIVRATE in %: Kalenderwoche 07											
	Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	
Alle Schulstufen*	Schüler/innen	0,03%	0,01%	0,03%	0,04%	0,02%	0,02%	0,02%	0,01%	0,03%	0,05%
	Lehr- & Verwaltungspersonal	0,13%	0,14%	0,09%	0,14%	0,03%	0,02%	0,09%	0,02%	0,02%	0,34%
	Gesamt	0,04%	0,02%	0,04%	0,05%	0,02%	0,02%	0,03%	0,01%	0,02%	0,08%

*Ohne Berufsschulen und Zentralehranstalten.

Stand: 19.02.2021, 12:00 Uhr

2. Schüler/innen

		Summe der Testtermine KW07 (15.02.2021-19.02.2021)									
		Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Primarstufe	Anzahl Tests	643 448	20 337	39 817	127 007	97 693	44 821	78 094	54 146	30 768	150 765
	in % zur Schülerschaft**	178,3	192,7	186,0	185,1	150,0	199,4	173,1	180,1	175,3	188,4
	Positive Fälle	199	2	13	54	26	9	11	8	10	66
	in % aller Tests	0,03	0,01	0,03	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01	0,03	0,04
Sekundarstufe I	Anzahl Tests	305 296	10 357	21 279	63 404	37 589	20 868	40 980	26 306	14 453	70 060
	in % zur Schülerschaft	96,8	99,4	101,8	100,9	89,7	95,3	92,9	92,7	117,1	96,6
	Positive Fälle	88	1	5	10	11	5	11	3	2	40
	in % aller Tests	0,03	0,01	0,02	0,02	0,03	0,02	0,03	0,01	0,01	0,06
Sekundarstufe II*	Anzahl Tests	247 707	9 332	15 316	42 893	28 097	18 165	29 213	16 584	10 540	77 567
	in % zur Schülerschaft	69,8	155,1	82,2	87,0	42,6	78,7	38,7	71,3	90,2	95,2
	Positive Fälle	98	1	5	24	1	4	7	0	2	54
	in % aller Tests	0,04	0,01	0,03	0,06	0,00	0,02	0,02	0,00	0,02	0,07
Montag, 15.02.2021											
		Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Primarstufe	Anzahl Tests	320 529	10 225	19 882	63 173	49 109	21 009	39 362	27 134	15 222	75 413
	in % zur Schülerschaft	88,8	96,9	92,9	92,1	75,4	93,5	87,3	90,2	86,7	94,2
	Positive Fälle	111	1	6	21	19	4	5	6	6	43
	in % aller Tests	0,03	0,01	0,03	0,03	0,04	0,02	0,01	0,02	0,04	0,06
Sekundarstufe I	Anzahl Tests	151 808	5 192	10 635	31 080	18 784	10 014	20 529	13 217	7 237	35 120
	in % zur Schülerschaft	48,1	49,8	50,9	49,5	44,8	45,7	46,5	46,6	58,7	48,4
	Positive Fälle	42	0	1	3	7	4	3	1	2	21
	in % aller Tests	0,03	0,00	0,01	0,01	0,04	0,04	0,01	0,01	0,03	0,06
Sekundarstufe II*	Anzahl Tests	124 371	4 674	7 533	21 111	14 661	8 450	15 781	8 280	4 945	38 936
	in % zur Schülerschaft	35,1	77,7	40,4	42,8	22,2	36,6	20,9	35,6	42,3	47,8
	Positive Fälle	39	0	1	9	0	3	4	0	2	20
	in % aller Tests	0,03	0,00	0,01	0,04	0,00	0,04	0,03	0,00	0,04	0,05
Mittwoch, 17.02.2021											
		Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Primarstufe	Anzahl Tests	322 919	10 112	19 935	63 834	48 584	23 812	38 732	27 012	15 546	75 352
	in % zur Schülerschaft	89,5	95,8	93,1	93,1	74,6	105,9	85,9	89,8	88,6	94,1
	Positive Fälle	88	1	7	33	7	5	6	2	4	23
	in % aller Tests	0,03	0,01	0,04	0,05	0,01	0,02	0,02	0,01	0,03	0,03
Sekundarstufe I	Anzahl Tests	153 488	5 165	10 644	32 324	18 805	10 854	20 451	13 089	7 216	34 940
	in % zur Schülerschaft	48,7	49,6	50,9	51,4	44,9	49,6	46,4	46,1	58,5	48,2
	Positive Fälle	46	1	4	7	4	1	8	2	0	19
	in % aller Tests	0,03	0,02	0,04	0,02	0,02	0,01	0,04	0,02	0,00	0,05
Sekundarstufe II*	Anzahl Tests	123 336	4 658	7 783	21 782	13 436	9 715	13 432	8 304	5 595	38 631
	in % zur Schülerschaft	34,8	77,4	41,8	44,2	20,4	42,1	17,8	35,7	47,9	47,4
	Positive Fälle	59	1	4	15	1	1	3	0	0	34
	in % aller Tests	0,05	0,02	0,05	0,07	0,01	0,01	0,02	0,00	0,00	0,09

**Zu beachten ist hier, dass in der Primarstufe alle Schüler/innen an beiden Testtagen getestet. Daher liegt der Sollwert der Summe der durchgeführten Tests in Prozent zur Schülerschaft bei 200%.

*Ohne Berufsschulen und Zentrallehranstalten.

3. Lehrpersonen & Verwaltungspersonal

Summe der Testtermine KW07 (15.02.2021-19.02.2021)											
	Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	
Primarstufe	Anzahl Tests	54 375	1 644	4 728	10 664	8 682	4 070	7 616	4 664	2 627	9 680
	in % des gesamten Personals	98,9	84,3	150,5	102,7	100,5	115,6	154,6	105,3	78,6	66,0
	Positive Fälle	105	5	9	14	3	0	11	2	1	60
	in % aller Tests	0,19	0,30	0,19	0,13	0,03	0,00	0,14	0,04	0,04	0,62
Sekundarstufe I	Anzahl Tests	46 713	1 442	3 478	10 198	7 391	2 972	6 447	2 983	2 514	9 288
	in % des gesamten Personals	95,2	84,2	118,3	93,2	103,5	88,1	91,5	80,0	103,1	95,2
	Positive Fälle	42	1	0	17	2	1	4	0	0	17
	in % aller Tests	0,09	0,07	0,00	0,17	0,03	0,03	0,06	0,00	0,00	0,18
Sekundarstufe II*	Anzahl Tests	26 752	1 068	2 370	5 174	2 657	1 481	3 503	1 842	1 419	7 238
	in % des gesamten Personals	58,7	58,5	100,6	86,5	29,8	39,1	50,9	50,3	58,5	74,2
	Positive Fälle	22	0	1	6	0	1	1	0	0	13
	in % aller Tests	0,08	0,00	0,04	0,12	0,00	0,07	0,03	0,00	0,00	0,18
Montag, 15.02.2021											
	Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	
Primarstufe	Anzahl Tests	28 814	791	2 499	5 274	4 619	2 007	4 093	2 152	1 378	6 001
	in % des gesamten Personals	52,4	40,6	79,6	50,8	53,5	57,0	83,1	48,6	41,2	40,9
	Positive Fälle	60	4	9	8	3	0	0	0	1	35
	in % aller Tests	0,21	0,51	0,36	0,15	0,06	0,00	0,00	0,00	0,07	0,58
Sekundarstufe I	Anzahl Tests	25 373	746	1 967	5 312	3 929	1 315	3 441	1 448	1 371	5 844
	in % des gesamten Personals	51,7	43,6	66,9	48,5	55,0	39,0	48,8	38,9	56,2	59,9
	Positive Fälle	20	1	0	10	0	0	2	0	0	7
	in % aller Tests	0,08	0,13	0,00	0,19	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00	0,12
Sekundarstufe II*	Anzahl Tests	15 275	593	1 354	2 892	1 467	572	2 156	929	769	4 543
	in % des gesamten Personals	33,5	32,5	57,5	48,4	16,5	15,1	31,3	25,4	31,7	46,6
	Positive Fälle	12	0	0	5	0	0	1	0	0	6
	in % aller Tests	0,08	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,13
Mittwoch, 17.02.2021											
	Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	
Primarstufe	Anzahl Tests	25 561	853	2 229	5 390	4 063	2 063	3 523	2 512	1 249	3 679
	in % des gesamten Personals	46,5	43,7	71,0	51,9	47,1	58,6	71,5	56,7	37,4	25,1
	Positive Fälle	45	1	0	6	0	0	11	2	0	25
	in % aller Tests	0,18	0,12	0,00	0,11	0,00	0,00	0,31	0,08	0,00	0,68
Sekundarstufe I	Anzahl Tests	21 340	696	1 511	4 886	3 462	1 657	3 006	1 535	1 143	3 444
	in % des gesamten Personals	43,5	40,7	51,4	44,7	48,5	49,1	42,7	41,2	46,9	35,3
	Positive Fälle	22	0	0	7	2	1	2	0	0	10
	in % aller Tests	0,10	0,00	0,00	0,14	0,06	0,06	0,07	0,00	0,00	0,29
Sekundarstufe II*	Anzahl Tests	11 477	475	1 016	2 282	1 190	909	1 347	913	650	2 695
	in % des gesamten Personals	25,2	26,0	43,1	38,2	13,4	24,0	19,6	24,9	26,8	27,6
	Positive Fälle	10	0	1	1	0	1	0	0	0	7
	in % aller Tests	0,09	0,00	0,10	0,04	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,26

*Ohne Berufsschulen und Zentrallehranstalten.

TOP 4 Corona-Kommission Bericht aus dem COVID Prognose Konsortium

Florian Bachner, Lukas Rainer, Martin Zuba
 11.3.2021

1

Ergebnis vom 9.3.2021 – Fallentwicklung Datenstand 9.3. (00:00)

- » Die effektive Reproduktionszahl lag in den letzten Tagen auf einem Niveau von etwa 1,1. Die Prognosen gehen von einer Fortsetzung dieses Trends aus.
- » Dafür werden folgende Faktoren als maßgeblich erachtet.
 - » Mit Ausnahme Vorarlbergs und Tirols sind Infektionen mit der Mutation N501Y (vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) bereits dominant (deutlich größer als 60 %, Österreichweit betrug der Anteil rund 75 %).
 - » Im Laufe des letzten Monats hat sich die Anzahl der behördlich angeordneten PCR- und Antigentests auf einem hohen Niveau von rund 250.000 Tests/Tag stabilisiert. Der Anstieg der Fallzahlen ist somit kaum auf die Veränderung des Testregimes zurückzuführen.

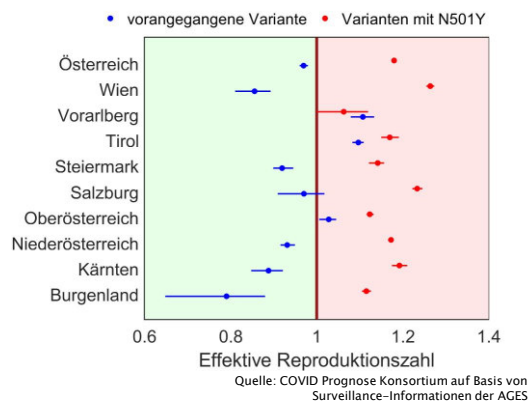
Fallprognose

- » Die aktuellen Prognosen gehen von einem Infektionsgeschehens von rund **2.900 Fälle/Tag** aus (2.700 Fälle/Tag am 1. Prognosetag bis 3.200 Fälle/Tag am letzten Prognosetag). Am letzten Prognosetag (17.03.) wird eine 7-Tages-Inzidenz von 235 erwartet (95% KI: 201–311).
- » Regional heterogene Entwicklung:
 - » 7-Tages-Inzidenz am letzten Prognosetag reicht von 88 in Vorarlberg bis 320 im Burgenland
 - » Das Fallgeschehen wird stark von einzelnen Bezirken (v.a. Hermagor, St. Johann im Pongau) getrieben
 - » Zudem korreliert dieser Anstieg stark mit der N501Y Verbreitung

2

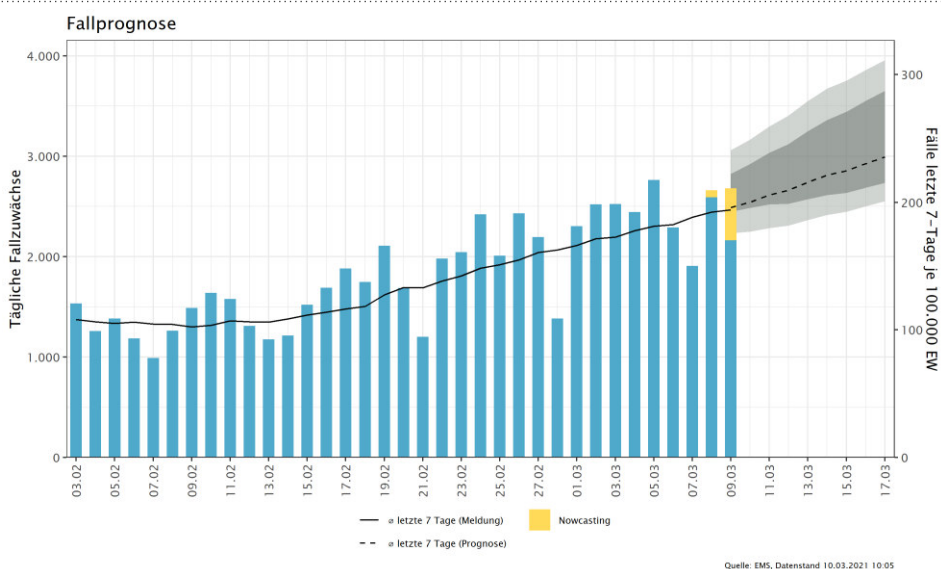
Mutante(n)

- » Analyse der Ausbreitungsdynamik KW7 – KW9
 - » R eff um **durchschnittlich 22% höher** (95% KI 20–23%) als die der vorangegangenen Variante
 - » R eff der Mutante: 1,18 (95% KI 1,17–1,19)
 - » R eff der vorangegangenen Variante: 0,97 (95% KI 0,96 – 0,98)



3

Aktuelle Prognose



4

Prognoseergebnisse im Detail

Zuwachs 9.3. – 17.3. (Prognosehorizont 9 Tage)

Bundesland	Fallzahl	Neue Fälle	Ø tägl. Zuwachs
Burgenland	14.368	1.178	131
Kärnten	32.262	1.715	191
Niederösterreich	82.772	5.475	608
Oberösterreich	93.082	3.889	432
Salzburg	41.632	2.170	241
Steiermark	61.792	3.216	357
Tirol	50.006	1.380	153
Vorarlberg	23.919	438	49
Wien	103.175	6.856	762
Österreich	503.007	26.317	2.924

5

Ergebnis vom 9.3.2021 – Kapazitätsvorschau

- » Die Kapazitätsvorschau sieht in Wien eine Überschreitung der Auslastungsgrenze von 33% COVID Belag an der ICU-Gesamtkapazität bis zum 24.3. vor. In weiteren Bundesländern (B, NÖ) ist eine Überschreitung dieser Grenze innerhalb des 68%-Intervalls möglich.
- » Gemäß Prognose steigt dieser Anteil der intensivpflichtigen COVID-Patienten an der ICU Gesamtkapazität (rund 2.018 Betten) von 16,1% bis zum 24.03. auf 21,4%.

Tabelle 2:
Signalwerte zur Systemrisiko-Einschätzung: Auslastung Intensivstationen (nur auf Bundes- oder Bundeslandebene)

Region	COVID-19-Belag/Gesamtkapazität	Initiale Risikoeinstufung
Österreich, Bundesland	≤10%	geringes Risiko
	>10% und ≤25%	mittleres Risiko
	>25% und ≤33%	hohes Risiko
	>33%	sehr hohes Risiko

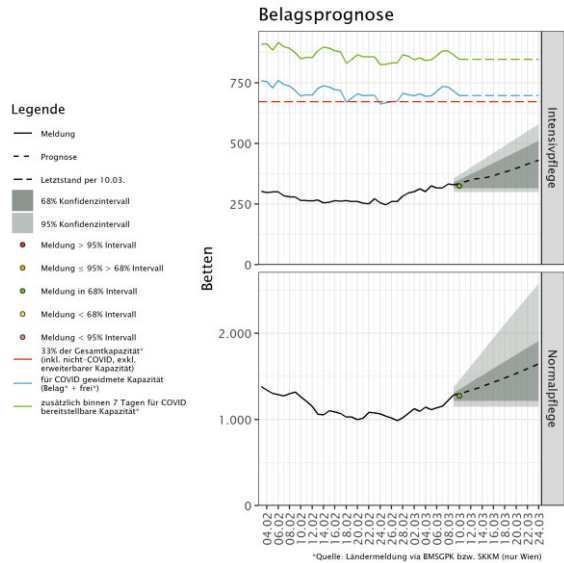
Quelle: eigene Darstellung

- » Gemäß der am 9. 3. im Rahmen der BMSGPK-Berichtsschiene gemeldeten Kapazitäten kommt es innerhalb des Prognosezeitraums (Punktschätzer) in keinem Bundesland zu einer Überschreitung der verfügbaren Intensivbetten.

6

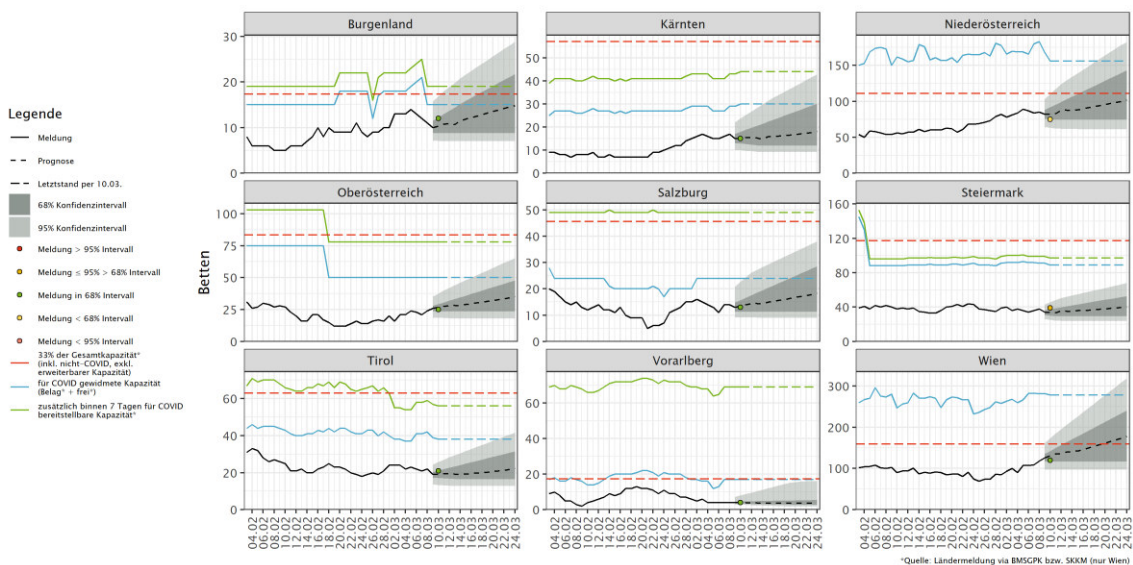
Kapazitätsvorschau Österreich

- » Anstieg des Belages auf ICU von 329 (am 09.03.) auf 432 (am 24.03.), (dzt. rund 700 für COVID-19 verfügb. Betten)
 - » Im Worst-Case-Szenario beläuft sich der Belag im Prognosezeitraum auf rund 580 Betten (tritt mit 97,5% Wahrscheinlichkeit nicht ein).
- » Anstieg des Belages auf Normalstationen von 1.287 (am 09.03.) auf 1.645 (am 24.03.), (dzt. rund 4.500 für COVID-19 verfügb. Betten)
 - » Im Worst-Case-Szenario beläuft sich der Belag im Prognosezeitraum auf rund 2.600 Betten (tritt mit 97,5% Wahrscheinlichkeit nicht ein).



7

Kapazitätsvorschau Intensivpflege Bundesländer



8

Prognoseergebnisse im Detail

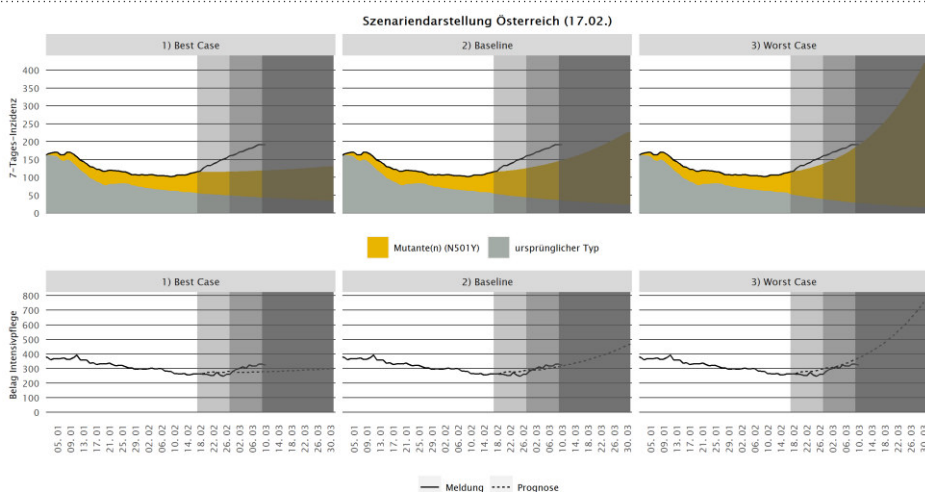
Kapazitätsvorschau: Belag und Auslastung am 24.3.

Bundesland	Normalpflege		Intensivpflege		Betten
	Hauptvariante Belag	Oberes Intervall Max. innerh. 14 Tage Prognosehorizont	Hauptvariante Belag	Oberes Intervall Auslastung (%) ¹ Max. innerh. 14 Tage Prognosehorizont	
Burgenland	85	152	15	28,5%	52
Kärnten	103	256	18	10,5%	171
Niederösterreich	387	748	102	30,2%	337
Oberösterreich	157	286	35	14,0%	250
Salzburg	120	209	18	13,4%	137
Steiermark	254	430	40	11,4%	352
Tirol	82	152	22	11,8%	189
Vorarlberg	22	43	4	7,1%	52
Wien	436	749	178	37,2%	478
Österreich	1.645	2.582	432	21,4%	2.018

¹ In Bezug auf Kapazitätsmeldung Länder an BMSGPK am Prognosetag (Annahme Wien: 478 ICU-Betten lt. Meldung Oktober)

9

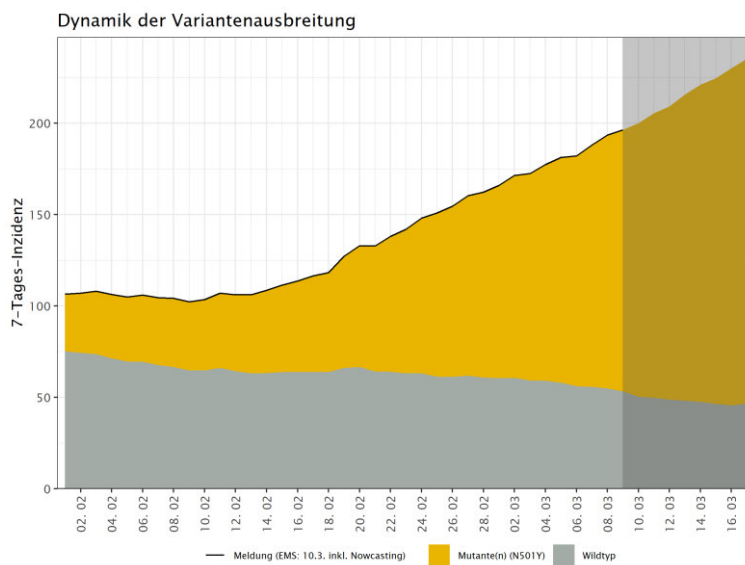
Szenarien-Darstellungen zur Variantenverbreitung



Annahmen zur Erhöhung des R_{eff} durch Öffnung vom 8.2. und erhöhten Transmissibilität der Mutante(n) (N501Y) geg. dem ursprünglichen Typ:
 1) Best Case: Öffnung + 5%, N501Y + 10%; 2) Baseline: Öffnung + 7,5%, N501Y + 22%; 3) Worst Case: Öffnung + 10%, N501Y + 35%
 Stand: 11.03

10

Dynamik der Variantenausbreitung



Antigenselbsttests an Schulen

Ergebnisübersicht für die Kalenderwoche 08 (22.02.2021-26.02.2021)

Die Tabellen dieses Berichts geben eine Übersicht über die Anzahl der an Schulen **durchgeführten Antigen-Selbsttests** und **der davon positiven Schnelltestergebnisse** sowie weitere Zusatzinformationen zu den Selbsttests an Schulen.

Zu beachten ist, dass die Anzahl der Testungen je Testtag gezählt wird - während in der Primarstufe alle Schüler/innen an beiden Testtagen getestet werden, ist es in der Sekundarstufe I und II jeweils nur die halbe Schülerschaft.

Die Informationen wurden über die Bildungsdirektionen erhoben und an das BMBWF gemeldet.

Stand: 26.02.2021, 10:00 Uhr

1. Übersicht

Übersicht: Ergebnisse der Antigentestungen in der Kalenderwoche 08 (22.02.-26.02.)											
DURCHGEFÜHRTE TESTS: Kalenderwoche 08											
		Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Alle Schulstufen*	Schüler/innen	1 235 800	39 684	75 830	231 422	193 448	82 129	158 529	100 828	61 320	292 610
	Lehr- & Verwaltungspersonal	139 750	4 950	11 350	27 573	23 634	9 380	21 465	10 736	7 930	22 732
	Gesamt	1 375 550	44 634	87 180	258 995	217 082	91 509	179 994	111 564	69 250	315 342
POSITIVE FÄLLE: Kalenderwoche 08											
		Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Alle Schulstufen*	Schüler/innen	619	17	45	125	87	46	55	25	14	205
	Lehr- & Verwaltungspersonal	285	17	20	62	31	22	54	17	9	53
	Gesamt	904	34	65	187	118	68	109	42	23	258
POSITIVRATE in %: Kalenderwoche 08											
		Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Alle Schulstufen*	Schüler/innen	0,05%	0,04%	0,06%	0,05%	0,04%	0,06%	0,03%	0,02%	0,02%	0,07%
	Lehr- & Verwaltungspersonal	0,20%	0,34%	0,18%	0,22%	0,13%	0,23%	0,25%	0,16%	0,11%	0,23%
	Gesamt	0,07%	0,08%	0,07%	0,07%	0,05%	0,07%	0,06%	0,04%	0,03%	0,08%

*Ohne Berufsschulen und Zentrallehranstalten.

Stand: 26.02.2021, 10:00 Uhr

2. Schüler/innen

		Summe der Testtermine KW08 (22.02.2021-26.02.2021)									
		Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Primarstufe	Anzahl Tests	655 345	20 347	39 766	123 123	110 658	43 631	81 827	55 103	33 438	147 452
	in % zur Schülerschaft**	181,6	192,8	185,8	179,5	169,9	194,1	181,4	183,3	190,5	184,2
	Positive Fälle	284	3	18	65	48	14	20	18	7	91
	in % aller Tests	0,04	0,01	0,05	0,05	0,04	0,03	0,02	0,03	0,02	0,06
Sekundarstufe I	Anzahl Tests	316 215	10 025	20 709	63 680	44 730	20 973	44 063	27 556	16 234	68 245
	in % zur Schülerschaft	100,3	96,2	99,1	101,3	106,8	95,8	99,8	97,1	131,6	94,1
	Positive Fälle	108	2	13	21	9	6	19	3	3	32
	in % aller Tests	0,03	0,02	0,06	0,03	0,02	0,03	0,04	0,01	0,02	0,05
Sekundarstufe II*	Anzahl Tests	264 240	9 312	15 355	44 619	38 060	17 525	32 639	18 169	11 648	76 913
	in % zur Schülerschaft	83,1	154,8	82,4	90,5	57,7	75,9	84,7	78,1	99,7	94,4
	Positive Fälle	227	12	14	39	30	26	16	4	4	82
	in % aller Tests	0,09	0,13	0,09	0,09	0,08	0,15	0,05	0,02	0,03	0,11
Montag, 22.02.2021											
		Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Primarstufe	Anzahl Tests	330 807	10 176	20 038	62 625	55 517	21 961	41 147	27 638	16 711	74 994
	in % zur Schülerschaft	91,7	96,4	93,6	91,3	85,3	97,7	91,2	91,9	95,2	93,7
	Positive Fälle	155	2	9	35	29	6	15	4	5	50
	in % aller Tests	0,05	0,02	0,04	0,06	0,05	0,03	0,04	0,01	0,03	0,07
Sekundarstufe I	Anzahl Tests	159 175	5 083	10 371	32 223	22 352	10 576	22 089	13 554	8 173	34 754
	in % zur Schülerschaft	50,5	48,8	49,6	51,3	53,4	48,3	50,0	47,8	66,2	47,9
	Positive Fälle	46	1	2	10	5	2	12	1	1	12
	in % aller Tests	0,03	0,02	0,02	0,03	0,02	0,02	0,05	0,01	0,01	0,03
Sekundarstufe II*	Anzahl Tests	132 402	4 658	7 668	22 361	19 650	8 414	16 846	8 304	5 869	38 632
	in % zur Schülerschaft	41,6	77,4	41,1	45,3	29,8	36,5	43,7	35,7	50,2	47,4
	Positive Fälle	113	4	7	22	14	16	5	0	1	44
	in % aller Tests	0,09	0,09	0,09	0,10	0,07	0,19	0,03	0,00	0,02	0,11
Mittwoch, 24.02.2021											
		Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Primarstufe	Anzahl Tests	324 538	10 171	19 728	60 498	55 141	21 670	40 680	27 465	16 727	72 458
	in % zur Schülerschaft	89,9	96,4	92,2	88,2	84,7	96,4	90,2	91,3	95,3	90,5
	Positive Fälle	129	1	9	30	19	8	5	14	2	41
	in % aller Tests	0,04	0,01	0,05	0,05	0,03	0,04	0,01	0,05	0,01	0,06
Sekundarstufe I	Anzahl Tests	157 040	4 942	10 338	31 457	22 378	10 397	21 974	14 002	8 061	33 491
	in % zur Schülerschaft	49,8	47,4	49,5	50,1	53,4	47,5	49,8	49,3	65,3	46,2
	Positive Fälle	62	1	11	11	4	4	7	2	2	20
	in % aller Tests	0,04	0,02	0,11	0,03	0,02	0,04	0,03	0,01	0,02	0,06
Sekundarstufe II*	Anzahl Tests	131 838	4 654	7 687	22 258	18 410	9 111	15 793	9 865	5 779	38 281
	in % zur Schülerschaft	41,5	77,4	41,2	45,1	27,9	39,5	41,0	42,4	49,5	47,0
	Positive Fälle	114	8	7	17	16	10	11	4	3	38
	in % aller Tests	0,09	0,17	0,09	0,08	0,09	0,11	0,07	0,04	0,05	0,10

**Zu beachten ist hier, dass in der Primarstufe alle Schüler/innen an beiden Testtagen getestet werden. Daher liegt der Sollwert der Summe der durchgeführten Tests in Prozent zur Schülerschaft bei 200%.

*Ohne Berufsschulen und Zentrallehranstalten.

Stand: 26.02.2021, 10:00 Uhr

3. Lehrpersonen & Verwaltungspersonal

		Summe der Testtermine KW08 (22.02.2021-26.02.2021)									
		Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Primarstufe	Anzahl Tests	57 631	1 885	4 903	11 458	10 085	4 163	8 785	5 278	3 057	8 017
	in % des gesamten Personals	104,8	96,7	156,1	110,3	116,8	118,3	178,3	119,2	91,4	54,6
	Positive Fälle	133	3	5	27	8	10	29	13	2	36
	in % aller Tests	0,23	0,16	0,10	0,24	0,08	0,24	0,33	0,25	0,07	0,45
Sekundarstufe I	Anzahl Tests	51 525	1 815	3 940	10 541	9 203	3 259	7 823	3 768	3 102	8 074
	in % des gesamten Personals	105,0	106,0	134,0	96,3	128,9	96,7	111,0	101,1	127,2	82,8
	Positive Fälle	98	5	11	27	21	7	8	4	7	8
	in % aller Tests	0,19	0,28	0,28	0,26	0,23	0,21	0,10	0,11	0,23	0,10
Sekundarstufe II*	Anzahl Tests	30 594	1 250	2 507	5 574	4 346	1 958	4 857	1 690	1 771	6 641
	in % des gesamten Personals	67,1	68,5	106,5	93,2	48,8	51,6	70,5	46,1	73,0	68,1
	Positive Fälle	54	9	4	8	2	5	17	0	0	9
	in % aller Tests	0,18	0,72	0,16	0,14	0,05	0,26	0,35	0,00	0,00	0,14
Montag, 22.02.2021											
		Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Primarstufe	Anzahl Tests	30 025	896	2 510	5 760	5 140	2 163	4 585	2 655	1 554	4 762
	in % des gesamten Personals	54,6	46,0	79,9	55,4	59,5	61,5	93,1	60,0	46,5	32,5
	Positive Fälle	66	2	3	12	6	7	17	6	0	13
	in % aller Tests	0,22	0,22	0,12	0,21	0,12	0,32	0,37	0,23	0,00	0,27
Sekundarstufe I	Anzahl Tests	27 628	958	2 079	5 538	4 784	1 740	4 144	1 892	1 642	4 851
	in % des gesamten Personals	56,3	56,0	70,7	50,6	67,0	51,6	58,8	50,8	67,4	49,7
	Positive Fälle	48	2	3	15	12	4	5	3	4	0
	in % aller Tests	0,17	0,21	0,14	0,27	0,25	0,23	0,12	0,16	0,24	0,00
Sekundarstufe II*	Anzahl Tests	16 589	633	1 394	2 948	2 335	1 038	2 703	734	945	3 859
	in % des gesamten Personals	36,4	34,7	59,2	49,3	26,2	27,4	39,3	20,0	39,0	39,6
	Positive Fälle	18	4	2	4	2	2	3	0	0	1
	in % aller Tests	0,11	0,63	0,14	0,14	0,09	0,19	0,11	0,00	0,00	0,03
Mittwoch, 24.02.2021											
		Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Primarstufe	Anzahl Tests	27 606	989	2 393	5 698	4 945	2 000	4 200	2 623	1 503	3 255
	in % des gesamten Personals	50,2	50,7	76,2	54,9	57,3	56,8	85,3	59,2	45,0	22,2
	Positive Fälle	67	1	2	15	2	3	12	7	2	23
	in % aller Tests	0,24	0,10	0,08	0,26	0,04	0,15	0,29	0,27	0,13	0,71
Sekundarstufe I	Anzahl Tests	23 897	857	1 861	5 003	4 419	1 519	3 679	1 876	1 460	3 223
	in % des gesamten Personals	48,7	50,1	63,3	45,7	61,9	45,1	52,2	50,3	59,9	33,0
	Positive Fälle	50	3	8	12	9	3	3	1	3	8
	in % aller Tests	0,21	0,35	0,43	0,24	0,20	0,20	0,08	0,05	0,21	0,25
Sekundarstufe II*	Anzahl Tests	14 005	617	1 113	2 626	2 011	920	2 154	956	826	2 782
	in % des gesamten Personals	30,7	33,8	47,3	43,9	22,6	24,3	31,3	26,1	34,1	28,5
	Positive Fälle	36	5	2	4	0	3	14	0	0	8
	in % aller Tests	0,26	0,81	0,18	0,15	0,00	0,33	0,65	0,00	0,00	0,29

*Ohne Berufsschulen und Zentralehranstalten.

Erlass betreffend zusätzlicher Maßnahmen in Hochinzidenzgebieten

Regionale Umsetzung - Verkehrsbeschränkungen

Fachliche Beurteilung und Vergleich

Strauss/Mayrhofer/Krainz

BMSGPK VII/A/9, CK
17.3.2021

1

Erlass Hochinzidenzgebiete

- **Definition Hochinzidenzgebiet:**
 - Bezirk, in dem die 7-Tagesinzidenz über einen Zeitraum von **1 Wo > 400/100.000 Ew***
 - bis **spätestes 10.3.** umzusetzen
 - **Auch nur abgegrenzte hot spots!** (z.B. Gemeiden)
- **Es gilt:**
 - Verordnung** einer **Verkehrsbeschränkung und zusätzlichen Maßnahmen** durch LH oder BVB
 - **Ausnahmen** möglichst restriktiv halten
 - Parallel ausreichend **Testmöglichkeiten** schaffen
 - **Stichproben-Kontrolle**

**Maßnahmen solange bis 7-Tagesinzidenz
mind. 10 Tage <200 !**

* Bei dynamischem Infektionsgeschehen auch schon früher!
**gem EpiG

2

2

Ausnahmen lt Erlass „jedenfalls“

sozialministerium.at

- Kinder bis zum vollendeten 10. LJ
- Abwendung einer unmittelbaren Gefahr für Leib, Leben und Eigentum
- Öffentl. Sicherheitsdienst, Rettung, Feuerwehr in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit
- Güterverkehr
- Durchreise durch Gebiet ohne Zwischenstopp
- unaufschiebbare behördliche/gerichtliche Wege

Präsentationstitel

3

3

Regionale Umsetzung

sozialministerium.at

- **Einheitliche Ausnahmen**
 - Gefahr für Leib, Leben, Eigentum
 - Öffentl. Sicherheitsdienst, Gesundheitsbehörden, Rettung, Feuerwehr
 - Transit
 - Behördliche/gerichtliche Wege
- **Unterschiede**
 - Alter: unter 10 J (Tirol, NÖ) vs unter 15 J (Salzburg)
 - Schulbesuch
 - wenn positiv getestet und Wohnsitz außerhalb des Gebiets (Salzburg, Tirol)
 - Test nicht zumutbar
- **Dauer AK-Nachweis** (3 Mo vs 6 Mo)

4

4

Bezirke > 300/100.000 7-Tages-Inzidenz

sozialministerium.at

0-20 20-50 50-100 100-150 150-200 200-300 300-400 400+

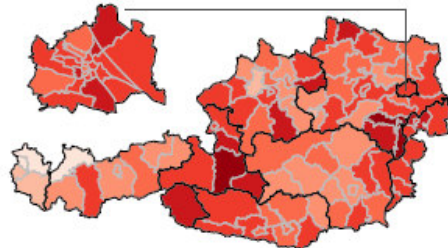


Tabelle 1: Anzahl der neu identifizierten Infektionsfälle und kumulative Inzidenz/100.000 EW der vergangenen Tage (10.03.2021 – 16.03.2021) der Bezirke mit einer kumulativen Inzidenz über 200 pro 100.000 EW

Bezirk	Fälle	in %	pro 100.000 EW
Wiener Neustadt (Stadt)	230	1,2	501,9
Sankt Johann im Pongau	351	1,8	432,3
Wiener Neustadt (Land)	322	1,7	411,2
Neunkirchen	342	1,8	396,1
Lienz	187	1,0	383,7
Tamsweg	70	0,4	345,7
Perg	229	1,2	332,0
Waldhofen an der Thaya	85	0,4	331,0
Hallein	188	1,0	309,1
Kirchdorf an der Krems	176	0,9	308,4
Eisenstadt-Umgebung	132	0,7	305,3
Hermagor	48	0,3	265,9

5

NÖ

sozialministerium.at

	Region	Maßnahmen	Zusätzliche Ausnahmen
ab 10.3.	Stadt Wiener Neustadt	Verlassen des Gebietes: – Neg. AGT (48h) <u>oder</u> – Neg. PCR Test (72h) <u>oder</u> – Genesenennachweis (6Mo) <u>oder</u> – Absonderungsbescheid (6Mo)	– Kinder bis 10 J. , SchülerInnen mit AGT – öffentl. Infrastruktur – Impfung, PCR-Test, Gesundheitsdienstleistungen – Wenn <u>Test nicht zumutbar</u> wegen gesundheitl. Gründen

Präsentationstitel

6

6

Kärnten

	Region	Maßnahmen	Zusätzliche Ausnahmen
19.-21.03.	Bezirk Hermagor	Verlassen des Gebietes: <ul style="list-style-type: none"> – Neg. AGT (48h) <u>oder</u> – Neg. PCR Test (72h) <u>oder</u> – Genesenennachweis (6Mo) <u>oder</u> – Absonderungsbescheid (6Mo) <u>oder</u> – Nachweis neutr. AK 3Mo 	<ul style="list-style-type: none"> – Kinder bis 10 J. – öffentl. Infrastruktur

7

7

SALZBURG

	Region	Maßnahmen	Zusätzliche Ausnahmen
11.3. bis 24.3.	Muhr Bezirk Tamsweg	Überschreiten der Gemeindegrenze: <ul style="list-style-type: none"> – Neg. AGT (48h) <u>oder</u> – Neg. PCR Test (72h) <u>oder</u> – Genesenennachweis (6Mo) <u>oder</u> – Nachweis über neutralisierende Antikörper für 3 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> – Personen bis 15 J – öffentl. Infrastruktur – Ausreise aus Gebiet, <u>wenn positiv getestet</u> und <u>Wohnsitz außerhalb des Gebiets</u>
15.-26.3.	Bad Hofgastein, Bad Gastein, Dorfgastein Bezirk St.Johann/Pg	Überschreiten der Gemeindegrenze: <ul style="list-style-type: none"> – Neg. AGT (48h) <u>oder</u> – Neg. PCR Test (72h) <u>oder</u> – Genesenennachweis (6Mo) <u>oder</u> – Nachweis über neutralisierende Antikörper für 3 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> – Personen bis 15 J – Ausreise aus Gebiet, wenn <u>positiv getestet</u> und <u>Wohnsitz außerhalb des Gebiets</u>

8

SALZBURG

sozialministerium.at

	Region	Maßnahmen	Zusätzliche Ausnahmen
5.-15.3.	Bad Hofgastein, Radstadt Bezirk St. Johann/Pg	Überschreiten der Gemeindegrenze: <ul style="list-style-type: none"> – Neg. AGT (48h) <u>oder</u> – Neg. PCR Test (48h) <u>oder</u> – Genesenennachweis (6Mo) <u>oder</u> – Nachweis über neutralisierende Antikörper für 6 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> – Personen bis 15 J – Ausreise aus Gebiet, wenn <u>positiv getestet und Wohnsitz außerhalb des Gebiets</u>

9

9

TIROL

sozialministerium.at

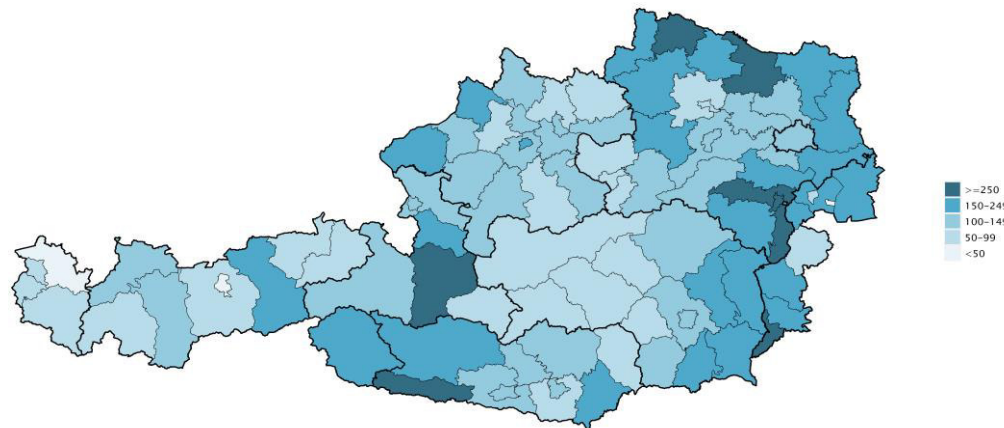
	Region	Maßnahmen	Zusätzliche Ausnahmen
12. 3.-25. 3.	Matrei/OT, Virgen, Haiming, Roppen Bezirke Lienz, Imst	Überschreiten der Gebietsgrenzen: <ul style="list-style-type: none"> – Neg. AGT (48h) <u>oder</u> – Neg. PCR Test (72h) 	<ul style="list-style-type: none"> – Kinder bis 10 J – SchülerInnen (inkl. Berufs- und Fachschulen) <u>Teilnahme am Unterricht</u> – Positiv getestete Personen am Weg zum Wohnsitz <u>für Absonderung</u>, wenn <u>Wohnsitz außerhalb des Gebiets</u>
11.-25.3.	Alle Gemeinden Bezirk Schwaz <i>exkl. Rißtal im Gebiet von Vomp Eben am Achensee</i>	Verlassen des politischen Bezirks Schwaz: <ul style="list-style-type: none"> – Neg. AGT (48h) <u>oder</u> – Neg. PCR Test (72h) <p>Auch für Personen ohne Wohnsitz mit Aufenthalt > 24h</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Kinder bis 10 J – SchülerInnen (inkl. Berufs- und Fachschulen) <u>Teilnahme am Unterricht</u> – öffentl. Infrastruktur, allg. Versorgung, Gesundheitsfürsorge (inkl. Pflege, Apotheken, APHS, therapeut. Praxen, KAs) – <u>Lieferverkehr</u> zwischen Betrieben – Öffentlicher Personennahverkehr – <u>Versorgung mit Grundgütern</u> des tägl. Lebens, Gesundheitsdienstleistungen, dringende Wohnbedürfnisse

10

	Region	Maßnahmen	Zusätzliche Ausnahmen
17. -25. 3.	Arzt im Pitztal mit Ausnahme bestimmter Grundstücke Bezirk Imst	Überschreiten der Gebietsgrenzen: <ul style="list-style-type: none"> – Neg. AGT (48h) <u>oder</u> – Neg. PCR Test (72h) 	<ul style="list-style-type: none"> – Kinder bis 10 J – SchülerInnen (inkl. Berufs- und Fachschulen) für Teilnahme an Unterricht (neu ab 11. März) – Positiv getestete Personen am Weg zum Wohnsitz für Absonderung, <u>wenn Wohnsitz außerhalb des Gebiet</u>

	Rohe 7 Tages-Inzidenz KW 7	Rohe 7 Tages-Inzidenz 23.2., 24 h	Verbreitungsrisiko					Systemrisiko (S-Risiko)		Qualitative Indikatoren					Risikoeinstufung unter Berücksichtigung des Verbreitungs- und Systemrisikos sowie der qualitativen Indikatoren		
			Faktoren für die Adjustierung			Risikoadjustierung NEU				Testungen	R_eff		Variants of concern			Verweildauer in Risikostufe	
			Trend	abgeklärte Fälle	Asymptomatische	Effektgröße	risikoadj. 7 TI	Ist-Belag ICU 24.2.	Prognose ICU (max. Auslastung 14-Tage)	je 100.000 EW Mittwoch KW 8	absolut 22.2.	Differenz seit 15.2.	Prävalenz Verdachtsfälle in % per 24.2	Trend Prävalenz Verdachtsfälle			
Burgenland	140,9	166,8	31%	↗	61%	34%	+14%	160,6	17,3%	30,7%	22 878	1,20	0,18	75	steigend	> 3 WO	sehr hohes Risiko
Kärnten	144,7	150,0	9%	→	54%	29%	+14%	165,6	5,8%	5,9%	10 881	1,03	0,01	54	steigend	> 3 WO	sehr hohes Risiko
Niederösterreich	160,5	170,5	25%	↗	52%	36%	+15%	185,0	20,2%	27,7%	20 028	1,16	0,11	61	steigend	> 3 WO	sehr hohes Risiko
Oberösterreich	115,2	120,0	20%	↗	61%	21%	+20%	138,8	5,6%	7,4%	14 303	1,09	0,07	61	steigend	> 3 WO	sehr hohes Risiko
Salzburg	142,9	147,6	8%	→	57%	26%	+16%	166,1	5,1%	5,1%	14 680	1,00	0,18	75	steigend	> 3 WO	sehr hohes Risiko
Steiermark	151,2	143,4	11%	↗	50%	16%	+33%	201,4	12,2%	14,6%	14 918	1,07	0,04	44	steigend	> 3 WO	sehr hohes Risiko
Tirol	83,9	89,1	1%	→	64%	29%	+4%	87,1	9,5%	10,1%	22 878	1,03	0,16	41	sinkend	> 3 WO	sehr hohes Risiko
Vorarlberg	56,7	61,4	-20%	↘	63%	17%	+2%	57,8	21,2%	21,2%	20 825	0,84	0,04	26	steigend	> 3 WO	hohes Risiko
Wien	139,3	145,0	26%	↗	72%	52%	-1%	138,2	15,7%	25,6%	16 754	1,14	0,08	58	steigend	> 3 WO	sehr hohes Risiko
Österreich	133,2	138,1	17%	↗	59%	32%	+12%	148,9	12,6%	17,0%	17 111	1,09	0,09	57	steigend	> 3 WO	sehr hohes Risiko

7-Tages-Fallzahl je 100.000 EW
17. - 23.2.



Quelle: AGES/EMS (Datenstand 24.2.)

Bundesland	Verbale Zusammenfassung der Begründung
Burgenland	<p>Für das Burgenland besteht auf Grund der rohen 7-Tages-Inzidenz von 166,8 / 100.000 Einwohner ein sehr hohes Verbreitungsrisiko von SARS-CoV-2. Aufgrund der Risikoadjustierung, die den Trend der letzten 14 Tage, die Abklärungsquote und den Anteil an asymptomatischen Fällen berücksichtigt, ist in der Bewertung des Verbreitungsrisikos eine risikosteigernde Effektgröße von +14% feststellbar. Das Systemrisiko wird durch den Prognosewert von 30,7% Auslastung der ICU Kapazitäten mit hohem Risiko eingeschätzt. Qualitativ wurden von der Corona Kommission die Testzahlen, welche mit 22.878 pro 100.000 Einwohner deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen sowie der Anstieg des R_eff um 0,18 Punkte auf 1,20 und ein etabliertes Surveillance System hinsichtlich der Verbreitung der mutierten Virusvarianten in die Bewertung mit einbezogen. Der beobachtete Anteil der neuen Varianten an der 7-Tages-Inzidenz liegt bei 75%. Vor diesem Hintergrund kommt die Corona Kommission zum Schluss das Risiko für das Burgenland weiterhin mit "sehr hohem Risiko" einzustufen.</p>
Kärnten	<p>Für Kärnten besteht auf Grund der rohen 7-Tages-Inzidenz von 150 / 100.000 Einwohner ein sehr hohes Verbreitungsrisiko von SARS-CoV-2. Aufgrund der Risikoadjustierung, die den Trend der letzten 14 Tage, die Abklärungsquote und den Anteil an asymptomatischen Fällen berücksichtigt, ist in der Bewertung des Verbreitungsrisikos eine risikosteigernde Effektgröße von +14% feststellbar. Das Systemrisiko wird durch den Prognosewert von 5,9% Auslastung der ICU Kapazitäten mit geringem Risiko eingeschätzt. Qualitativ wurden von der Corona Kommission die Testzahlen, welche mit 10.881 pro 100.000 Einwohner unter dem Bundesdurchschnitt liegen sowie der Anstieg des R_eff um 0,01 Punkte auf 1,03 in die Bewertung mit einbezogen. Ein Surveillance System hinsichtlich der Verbreitung der mutierten Virusvarianten ist etabliert. Der beobachtete Anteil der neuen Varianten an der 7-Tages-Inzidenz liegt bei 54%. Daher kommt die Corona Kommission zum Schluss das Risiko für Kärnten weiterhin mit "sehr hohem Risiko" einzustufen.</p>
Niederösterreich	<p>Für Niederösterreich besteht auf Grund der rohen 7-Tages-Inzidenz von 170,5 / 100.000 Einwohner ein sehr hohes Verbreitungsrisiko von SARS-CoV-2. Aufgrund der Risikoadjustierung, die den Trend der letzten 14 Tage, die Abklärungsquote und den Anteil an asymptomatischen Fällen berücksichtigt, ist in der Gesamtbewertung eine risikosteigernde Effektgröße von +15% feststellbar. Das Systemrisiko wird durch den Prognosewert von 27,7% Auslastung der ICU Kapazitäten mit hohem Risiko eingeschätzt. Qualitativ wurden von der Corona Kommission die Testzahlen, welche mit 20.028 pro 100.000 Einwohner über dem Bundesdurchschnitt liegen sowie der Anstieg des R_eff um 0,11 Punkte auf 1,16 in die Bewertung mit einbezogen. Ein Surveillance System hinsichtlich der Verbreitung der mutierten Virusvarianten ist etabliert, der beobachtete Anteil der neuen Varianten an der 7-Tages-Inzidenz liegt bei 61%. Daher kommt die Corona Kommission zum Schluss das Risiko für Niederösterreich weiterhin mit "sehr hohem Risiko" einzustufen.</p>
Oberösterreich	<p>Für Oberösterreich besteht auf Grund der rohen 7-Tages-Inzidenz von 120,0 / 100.000 Einwohner ein sehr hohes Verbreitungsrisiko von SARS-CoV-2. Aufgrund der Risikoadjustierung, die den Trend der letzten 14 Tage, die Abklärungsquote und den Anteil an asymptomatischen Fällen berücksichtigt, ist in der Bewertung des Verbreitungsrisikos eine risikosteigernde Effektgröße von +20% feststellbar. Das Systemrisiko wird durch den Prognosewert von 7,4% Auslastung der ICU Kapazitäten mit geringem Risiko eingeschätzt. Qualitativ wurden von der Corona Kommission die Testzahlen, welche mit 14.303 pro 100.000 Einwohner unter dem Bundesdurchschnitt liegen sowie der Anstieg des R_eff um 0,07 Punkte auf 1,09 in die Bewertung mit einbezogen. Ein Surveillance System hinsichtlich der Verbreitung der mutierten Virusvarianten ist etabliert. Der beobachtete Anteil der neuen Varianten an der 7-Tages-Inzidenz liegt bei 61%. Daher kommt die Corona Kommission zum Schluss, das Bundesland Oberösterreich mit "sehr hohem Risiko" zu bewerten.</p>
Salzburg	<p>Für Salzburg besteht auf Grund der rohen 7-Tages-Inzidenz von 147,6 / 100.000 Einwohner ein sehr hohes Verbreitungsrisiko von SARS-CoV-2. Aufgrund der Risikoadjustierung, die den Trend der letzten 14 Tage, die Abklärungsquote und den Anteil an asymptomatischen Fällen berücksichtigt, ist in der Bewertung des Verbreitungsrisikos eine risikosteigernde Effektgröße von +16% feststellbar. Das Systemrisiko wird durch den Prognosewert von 5,1 % Auslastung der ICU Kapazitäten mit geringem Risiko eingeschätzt. Qualitativ wurden von der Corona Kommission die Testzahlen, welche mit 14.680 unter dem Bundesdurchschnitt liegen sowie der Anstieg des R_eff um 0,18 Punkte auf 1 in die Bewertung mit einbezogen. Ein Surveillance System hinsichtlich der Verbreitung der mutierten Virusvarianten ist etabliert, der beobachtete Anteil der neuen Varianten an der 7-Tages-Inzidenz liegt bei 75%. Daher kommt die Corona Kommission zum Schluss das Risiko für Salzburg weiterhin mit "sehr hohem Risiko" einzustufen.</p>
Steiermark	<p>Für die Steiermark besteht auf Grund der rohen 7 Tagesinzidenz von 143,4 / 100.000 Einwohner ein sehr hohes Verbreitungsrisiko von SARS-CoV-2. Aufgrund der Risikoadjustierung, die den Trend der letzten 14 Tage, die Abklärungsquote und den Anteil an asymptomatischen Fällen berücksichtigt, ist in der Bewertung des Verbreitungsrisikos eine risikosteigernde Effektgröße von +33% feststellbar. Das Systemrisiko wird durch den Prognosewert von 14,6% Auslastung der ICU Kapazitäten mit mittlerem Risiko eingeschätzt. Qualitativ wurden von der Corona Kommission die Testzahlen, welche mit 14.918 pro 100.000 Einwohner am Bundesdurchschnitt liegen sowie der Anstieg des R_eff um 0,04 Punkte auf 1,07 in die Bewertung mit einbezogen. Ein Surveillance System hinsichtlich der Verbreitung der mutierten Virusvarianten ist etabliert, der beobachtete Anteil der neuen Varianten an der 7-Tages-Inzidenz liegt bei 44%. Daher kommt die Corona Kommission zum Schluss das Risiko für die Steiermark weiterhin mit "sehr hohem Risiko" einzustufen.</p>

<p>Tirol</p>	<p>Für Tirol besteht auf Grund der rohen 7-Tages-Inzidenz von 89,1 / 100.000 Einwohner ein hohes Verbreitungsrisiko von SARS-CoV-2. Aufgrund der Risikoadjustierung, die den Trend der letzten 14 Tage, die Abklärungsquote und den Anteil an asymptomatischen Fällen berücksichtigt, ist in der Bewertung des Verbreitungsrisikos eine risikosteigernde Effektgröße von +4% feststellbar. Das Systemrisiko wird durch den Prognosewert von 10,1% Auslastung der ICU Kapazitäten mit mittlerem Risiko eingeschätzt. Qualitativ wurden von der Corona Kommission die Testzahlen, welche mit 22.878 pro 100.000 Einwohner deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen sowie der Anstieg des R_{eff} um 0,16 Punkte auf 1,03 mit einbezogen. Ein Surveillance System hinsichtlich der Verbreitung der mutierten Virusvarianten ist etabliert, der beobachtete Anteil der neuen Varianten an der 7-Tages-Inzidenz liegt bei 41%.</p> <p>Zudem hat sich die Corona Kommission erneut zur Verbreitung der Virusvariante B.1.351 beraten. Auf Basis der bisher vorliegenden Surveillance-Daten muss davon ausgegangen werden, dass nach wie vor Tirol am stärksten von dieser Variante betroffen ist. Gemäß aktuellem Wissensstand wird diese Virusvariante schlechter durch die derzeitigen Impfungen oder bisherigen Haupt-Typ assoziierten Antikörper neutralisiert, es konnten bereits Reinfektionen durch diese Variante nachgewiesen werden. Bislang konnten die von Tirol gesetzten Maßnahmen (wie Testen der K1- & K2-Personen mit PCR-Verfahren; Kontaktpersonenerhebung bis zu 96 Stunden zurück, intensiviertes Testangebot mit Bereitstellung von PCR-Tests an die gesamte Bevölkerung etc.) die Variantenverbreitung unter Kontrolle halten und möglicherweise auch dem Anstieg der R_{eff} entgegen wirken.</p> <p>Vor diesem Hintergrund kommt die Corona Kommission zum Schluss, das Bundesland Tirol mit "sehr hohem Risiko" zu bewerten.</p>
<p>Vorarlberg</p>	<p>Für Vorarlberg besteht auf Grund der rohen 7-Tages-Inzidenz von 61,4 / 100.000 Einwohner ein hohes Verbreitungsrisiko von SARS-CoV-2. Aufgrund der Risikoadjustierung, die den Trend der letzten 14 Tage, die Abklärungsquote und den Anteil an asymptomatischen Fällen berücksichtigt, ist in der Bewertung des Verbreitungsrisikos eine risikosteigernde Effektgröße von +2% feststellbar. Das Systemrisiko wird durch den Prognosewert von 21,2% Auslastung der ICU Kapazitäten mit mittlerem Risiko eingeschätzt. Qualitativ wurden von der Corona Kommission die Testzahlen, welche mit 20.825 pro 100.000 Einwohner deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen sowie der Rückgang des R_{eff} um -0,04 Punkte auf 0,84 in die Bewertung mit einbezogen. Ein Surveillance System hinsichtlich der Verbreitung der mutierten Virusvarianten ist etabliert, der beobachtete Anteil der neuen Varianten an der 7-Tages-Inzidenz liegt bei 26%.</p> <p>Das Kriterium der Rückstufung frühestens nach doppelter maximaler Inkubationszeit von 10 Tagen (i.e. 20 Tage) ist erfüllt, daher kommt die Corona Kommission zum Schluss, das Risiko für Vorarlberg mit " hohem Risiko" einzustufen.</p>
<p>Wien</p>	<p>Für Wien besteht auf Grund der rohen 7-Tages-Inzidenz von 145 / 100.000 Einwohner ein sehr hohes Verbreitungsrisiko von SARS-CoV-2. Aufgrund der Risikoadjustierung, die den Trend der letzten 14 Tage, die Abklärungsquote und den Anteil an asymptomatischen Fällen berücksichtigt, ist in der Bewertung des Verbreitungsrisikos eine risikoverringende Effektgröße von -1% feststellbar. Das Systemrisiko wird durch den Prognosewert von 25,6% Auslastung der ICU Kapazitäten mit mittlerem Risiko eingeschätzt. Qualitativ wurden von der Corona Kommission die Testzahlen, welche mit 16.754 pro 100.000 Einwohner leicht unter dem Bundesdurchschnitt liegen sowie der Anstieg des R_{eff} um 0,08 Punkte auf 1,14 und ein etabliertes Surveillance System hinsichtlich der Verbreitung der mutierten Virusvarianten in die Bewertung mit einbezogen. Der beobachtete Anteil der neuen Varianten an der 7-Tages-Inzidenz liegt bei 58%.</p> <p>Daher kommt die Corona Kommission zum Schluss, das Bundesland Wien mit "sehr hohem Risiko" zu bewerten.</p>
<p>Österreich</p>	<p>Für Österreich besteht auf Grund der rohen 7-Tages-Inzidenz von 138,1 / 100.000 Einwohner ein sehr hohes Verbreitungsrisiko von SARS-CoV-2. Aufgrund der Risikoadjustierung, die den Trend der letzten 14 Tage, die Abklärungsquote und den Anteil an asymptomatischen Fällen berücksichtigt, ist in der Bewertung des Verbreitungsrisikos eine risikosteigernde Effektgröße von +12% feststellbar. Das Systemrisiko wird durch den Prognosewert von 17,0% Auslastung der ICU Kapazitäten mit mittlerem Risiko eingeschätzt. Qualitativ wurden von der Corona Kommission die Testzahlen von 17.111 pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner sowie der Anstieg des R_{eff} um 0,09 Punkte auf 1,09 in die Bewertung mit einbezogen.</p> <p>In der Mehrheit der Bundesländer ist anhand einer Analyse der Verdachtsfälle davon auszugehen, dass Infektionen mit der Mutation N501Y (voraussichtlich vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) das Infektionsgeschehen dominieren (57% österreichweit). Anhand der Ausbreitungsdynamik zwischen KW5 und KW7 lässt sich eine effektive Reproduktionszahl der Mutanten schätzen, die um durchschnittlich 27% höher (95% KI 25-29%) ist als die der vorangegangenen Variante. Unter den in KW5 bis KW7 geltenden Maßnahmen führte dies zu einer effektiven Reproduktionszahl von 1,22 der Mutante (95% KI 1,21-1,23) und 0,96 der vorangegangenen Variante (95% KI 0,948-0,965). Vor dem Hintergrund der gesetzten Lockerungsschritte ist von einer entsprechenden Erhöhung der effektiven Reproduktionszahl von sämtlichen Varianten auszugehen.</p> <p>Die Corona-Kommission kommt zu dem Schluss, dass das Infektionsgeschehen ausgehend von einem hohen Niveau in der Mehrheit der Bundesländer deutliche Anstiege zeigt, die sich gemäß Prognosen fortsetzen werden. Die Corona Kommission empfiehlt daher die notwendigen präventiven Maßnahmen zur Kontaktreduktion sowie regelmäßige, flächendeckende Testungen zu forcieren und derzeit von allenfalls geplanten Lockerungsschritte zu überdenken. Bei anhaltenden Steigerungen des Infektionsgeschehen entsprechend der Simulationsrechnungen empfiehlt die Kommission bereits gesetzte Lockerungsschritte zu überprüfen und ab einer bundesweiten 7-Tagesinzidenz von >200/100.000 Einwohner diese auch gegebenenfalls zurückzunehmen. Die erneute Schließung von Bildungseinrichtungen sollte nur als Ultima Ratio in Betracht gezogen werden.</p> <p>Weiterhin ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass die erforderliche Akzeptanz der Bevölkerung gewährleistet wird, um auch weiterhin die notwendigen Rückgänge des Fallgeschehens erreichen zu können.</p> <p>Daher kommt die Corona Kommission zum Schluss, ganz Österreich weiterhin mit "sehr hohem Risiko" einzustufen.</p>

Covid-19, Österreich

AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance

11.03.2021 09:00 (auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 11.03.2021 07:00)

Österreich: 7-Tages-Inzidenz letzten 2 Wochen

Tabelle 1: 7-Tages Inzidenzen von SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose.

<i>Bundesland</i>	Donnerstag – Mittwoch		Mittwoch – Dienstag	
	<i>25.02.-03.03.</i>	<i>04.03.-10.03.</i>	<i>24.02.-02.03.</i>	<i>03.03.-09.03.</i>
Burgenland	179.67	238.42	166.08	227.55
Kärnten	185.46	186.53	184.93	184.22
Niederösterreich	206.32	218.85	209.76	213.21
Oberösterreich	138.77	174.60	134.67	171.11
Salzburg	217.76	256.26	200.57	249.28
Steiermark	152.04	171.29	169.29	167.84
Tirol	120.11	106.65	119.45	114.44
Vorarlberg	76.30	75.54	74.28	79.32
Wien	197.63	230.01	191.56	230.48
Österreich	170.92	192.19	170.29	190.04

Österreich: Zeitlicher Verlauf bis 11.03.2021

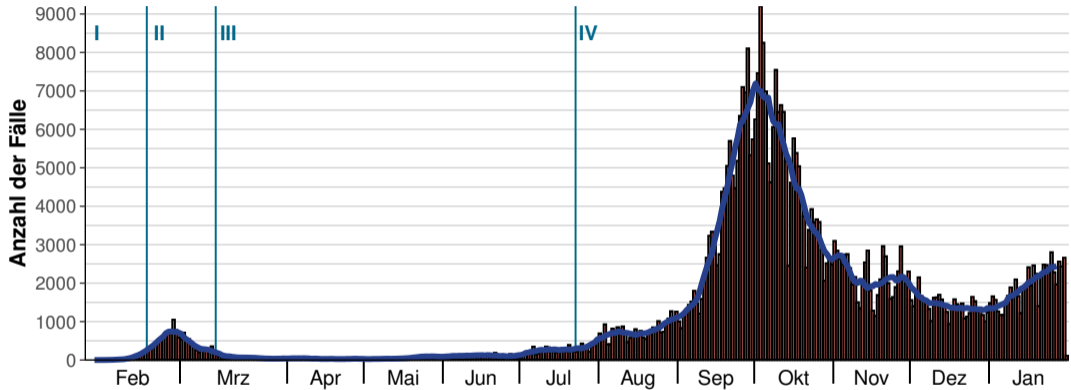


Abbildung 1: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung

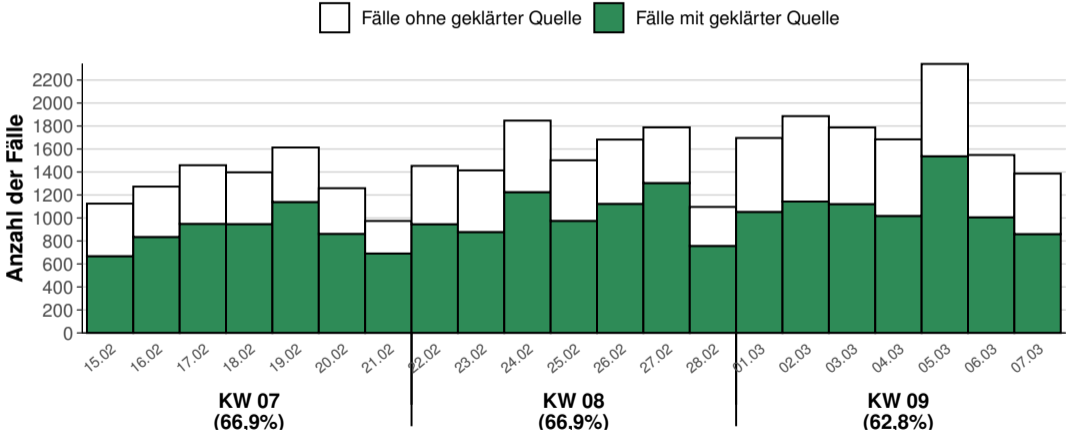
Österreich (exkl. Wien): Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	04	05	06	07	08	09
Fälle ¹ Österreich (N)	9.555	9.217	9.559	11.772	14.335	16.598
Fälle ¹ Österreich exkl. Wien (N)	7.673	7.468	7.455	9.100	10.782	12.327
Anteil asymptomatisch	22,8%	25,8%	24,9%	26,1%	28,8%	28,5%
Fälle asymptomatisch (n)	1.752	1.925	1.859	2.379	3.104	3.515
Fälle ungeklärt ² (n)	2.858	2.593	2.578	3.009	3.574	4.589
Indexfälle ³ (n)	1.570	1.430	1.534	1.803	2.026	1.928
Anteil geklärt	62,8%	65,3%	65,4%	66,9%	66,9%	62,8%
Fälle geklärt ⁴ (n)	4.815	4.875	4.877	6.091	7.208	7.738
Clusterfälle ⁵ (n)	5.980	5.948	6.101	7.474	8.713	9.072
sporadisch importierte Fälle (n)	37	47	46	49	52	51
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	4.392	4.502	4.556	5.651	6.664	7.096
Haushalt	62,0%	63,1%	65,4%	64,4%	65,3%	68,8%
Freizeit	15,3%	15,3%	15,8%	15,6%	16,1%	15,1%
Gesundheit-Sozial	12,7%	10,0%	6,3%	4,3%	2,8%	2,0%
Arbeit	6,2%	8,0%	9,0%	9,2%	7,3%	5,7%
Hotel-Gastro	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,3%
Bildung	2,2%	2,0%	1,4%	4,3%	6,7%	6,6%
Transport	0,3%	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%
Reise	0,7%	0,4%	0,6%	0,7%	0,5%	0,4%
Haushalt (n)	2.721	2.840	2.980	3.637	4.352	4.884
Bildung (n)	96	88	65	241	448	465
Gesundheit-Sozial (n)	557	450	285	244	188	144
Reise (n)	30	16	27	42	35	26

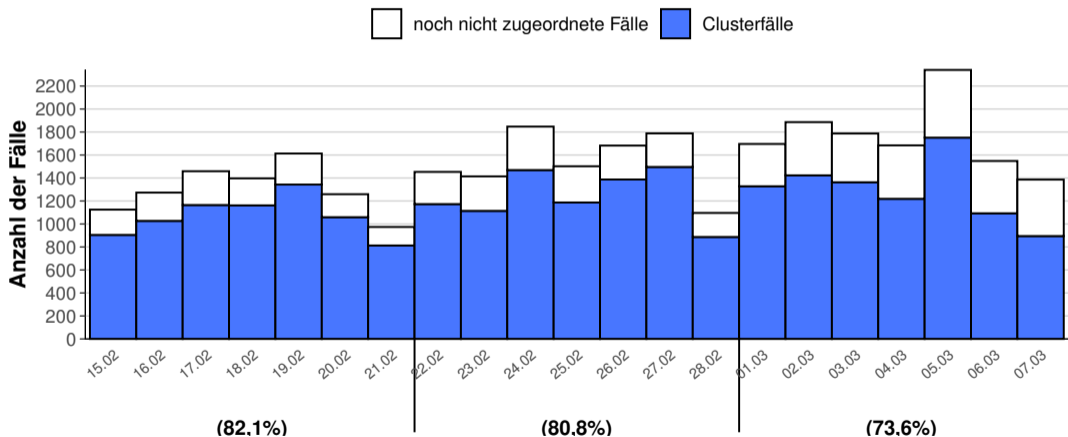
Wien: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	04	05	06	07	08	09
Fälle ¹ Wien (N)	1.884	1.767	2.254	2.697	3.559	4.274
Anteil asymptomatisch	40,8%	39,7%	42,5%	45,3%	46,1%	41,3%
Fälle asymptomatisch (n)	768	702	957	1.222	1.641	1.764
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.147	1.140	1.363	1.671	1.977	-
Haushalt	61,0%	68,5%	74,1%	70,8%	70,0%	-
Gesundheit-Sozial	27,7%	14,5%	8,3%	6,2%	4,4%	-
Arbeit	4,8%	7,7%	7,4%	5,7%	5,7%	-
Bildung	1,8%	3,4%	3,5%	10,3%	14,6%	-
Freizeit	4,7%	5,0%	5,7%	6,2%	5,3%	-
Hotel-Gastro	0,0%	0,6%	0,5%	0,4%	0,0%	-
Reise	0,0%	0,3%	0,5%	0,4%	0,0%	-

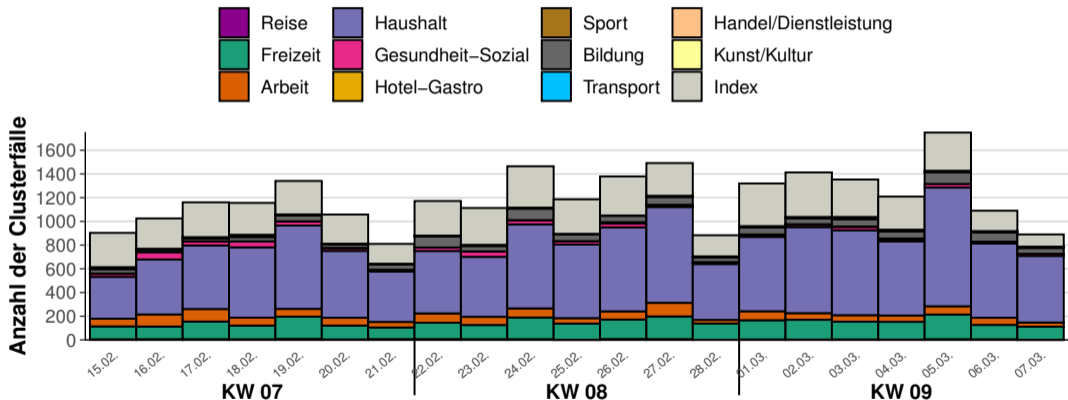
Österreich (exkl. Wien): Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW

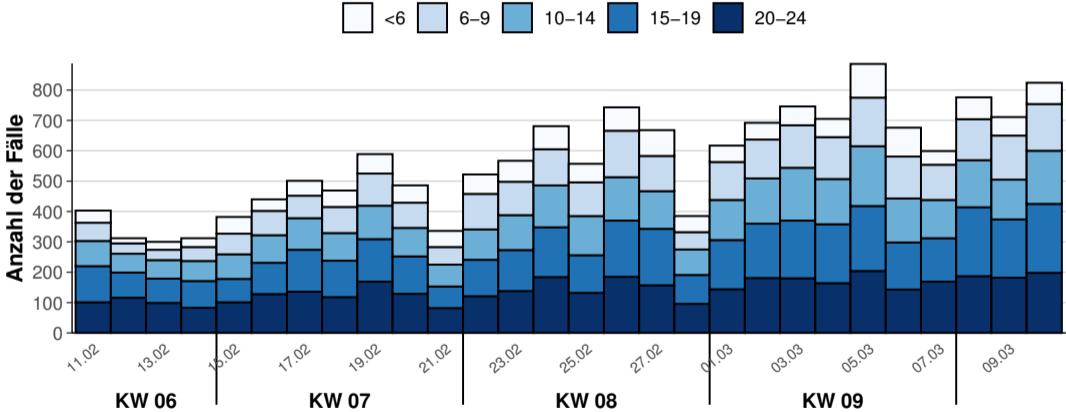


Österreich: Altersverteilung II

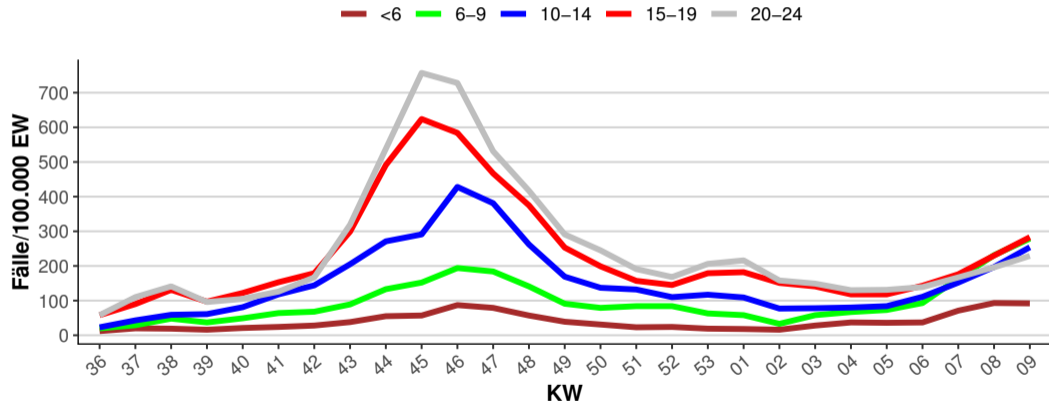
Tabelle 2: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 02	10.966	19	46.7	80
KW 03	10.150	18	45.0	78
KW 04	9.555	17	44.5	77
KW 05	9.217	16	43.2	73
KW 06	9.559	14	41.5	70
KW 07	11.772	11	39.8	69
KW 08	14.335	10	38.6	66
KW 09	16.598	10	38.2	65

Österreich: Verteilung der Infektionsfälle von unter 25-Jährigen nach Altersgruppe für die vergangenen 4 Wochen



Österreich: 7-Tage-Inzidenzen pro 100.000 EW für unter 25-Jährige nach Altersgruppe und Kalenderwoche

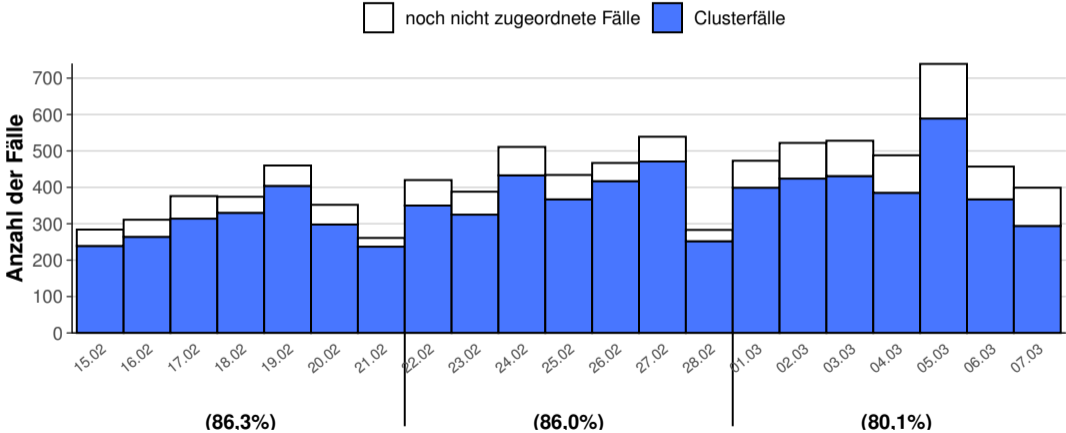


Österreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 08, KW 09)

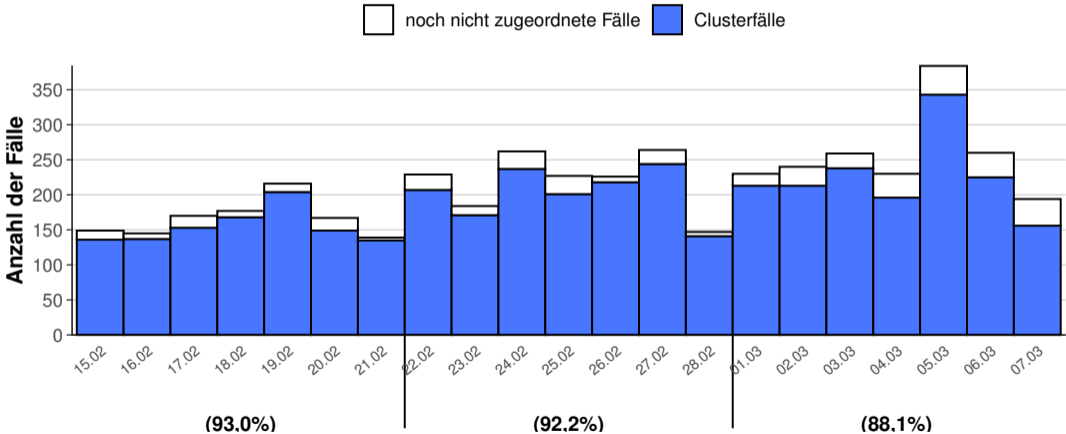
Tabelle 3: Verteilung der Infektionsfälle (KW 06 - KW 09 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 06							KW 07							KW 08							KW 09						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	79	41,1	83	43,2	30	15,6	192	165	44,6	123	33,2	82	22,2	370	200	41,2	186	38,4	99	20,4	485	201	41,7	203	42,1	78	16,2	482
6-9	108	34,2	145	45,9	63	19,9	316	192	34,6	243	43,8	120	21,6	555	304	38,8	343	43,8	136	17,4	783	320	33,9	435	46,0	190	20,1	945
10-14	188	40,2	181	38,7	99	21,2	468	226	35,1	257	40,0	160	24,9	643	314	37,7	327	39,3	192	23,0	833	361	33,7	456	42,5	255	23,8	1072
15-19	300	47,8	180	28,7	148	23,6	628	362	46,9	195	25,3	215	27,8	772	469	46,5	293	29,0	247	24,5	1009	552	44,6	366	29,6	319	25,8	1237
20-24	378	52,6	172	24,0	168	23,4	718	419	48,6	174	20,2	270	31,3	863	525	51,8	234	23,1	254	25,1	1013	566	47,8	280	23,6	339	28,6	1185
Total	1053	45,3	761	32,8	508	21,9	2322	1364	42,6	992	31,0	847	26,4	3203	1812	43,9	1383	33,5	928	22,5	4123	2000	40,6	1740	35,4	1181	24,0	4921

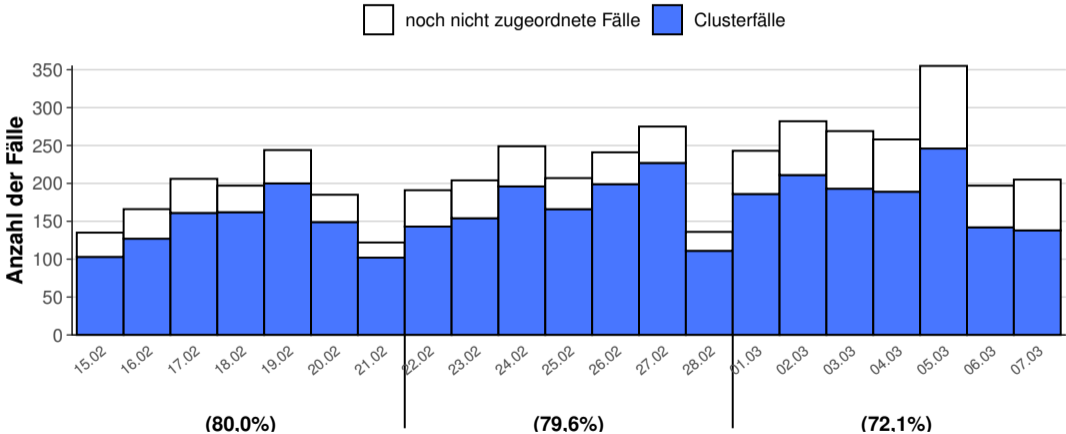
Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



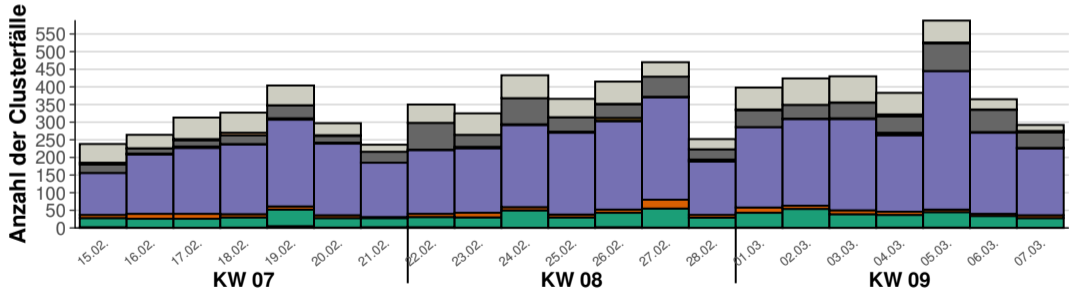
Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei 0-14-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



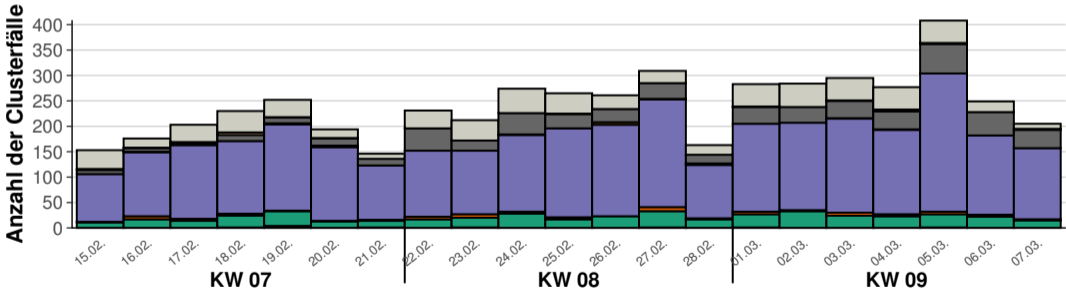
Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei 15-24-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Österreich: Inzidenz nach Bezirk

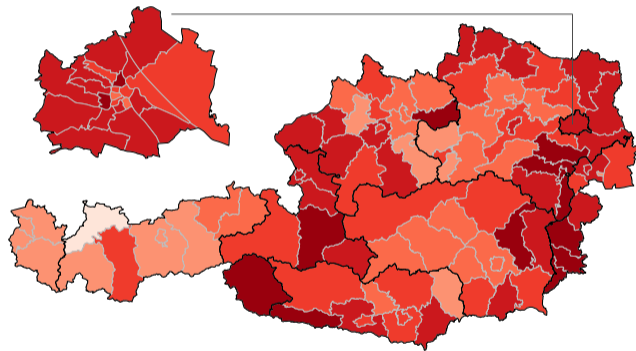
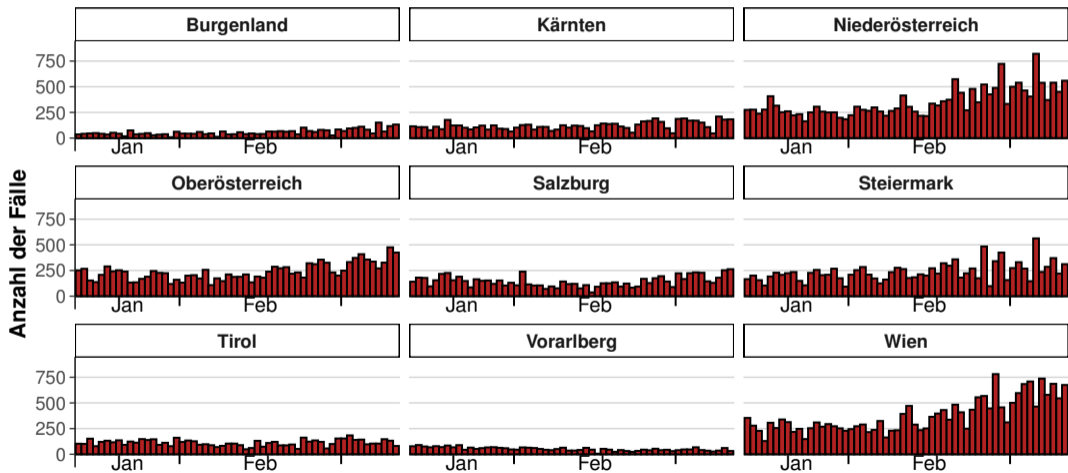


Abbildung 3: Kumulative Inzidenz/100.000 EW nach Bezirk der vergangenen 7 Tage (04.03.2021 – 10.03.2021) . Es gilt die regionale Falldefinition.

Österreich: Zeitlicher Verlauf der Bundesländer für die vergangenen acht Wochen (14.01.2021 – 11.03.2021)



Österreich: Epidemiologische Parameter I

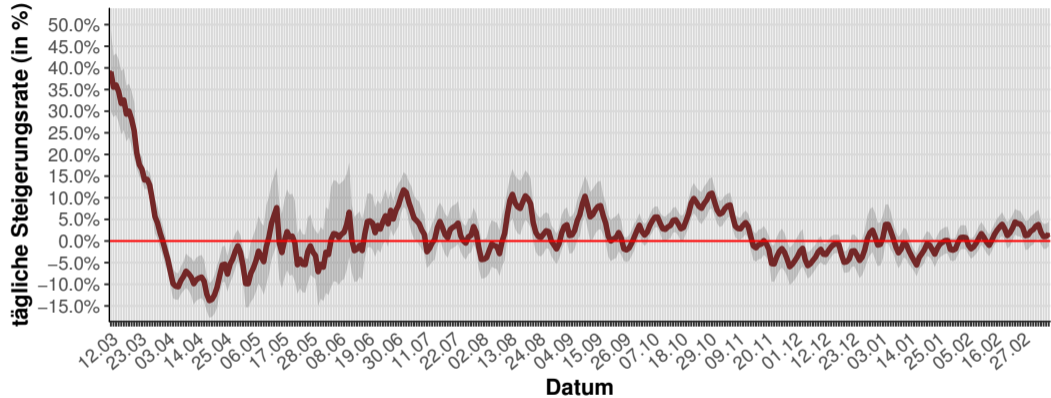


Abbildung 4: Modellierter tägliche Änderungsrate in % basierend auf den vorangegangenen 13 Tagen bezogen auf den Berichtstag. Fälle vom 10.03. und 11.03. sind exkludiert.

Österreich: Epidemiologische Parameter II

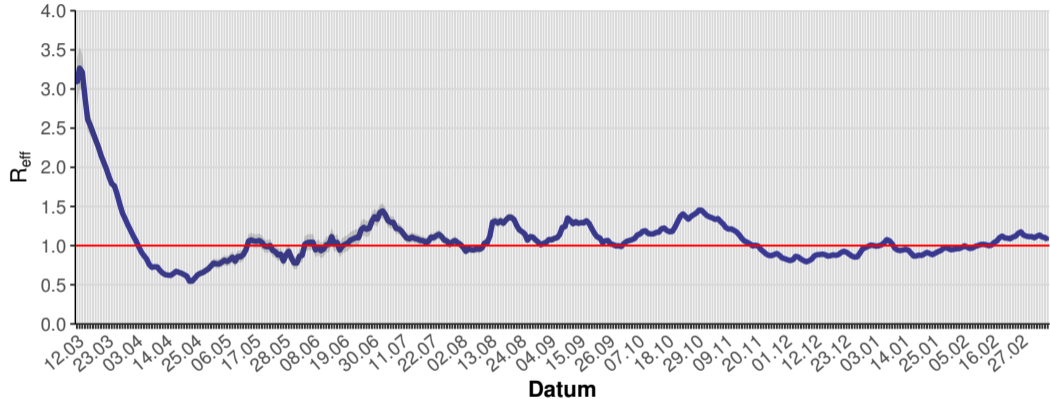


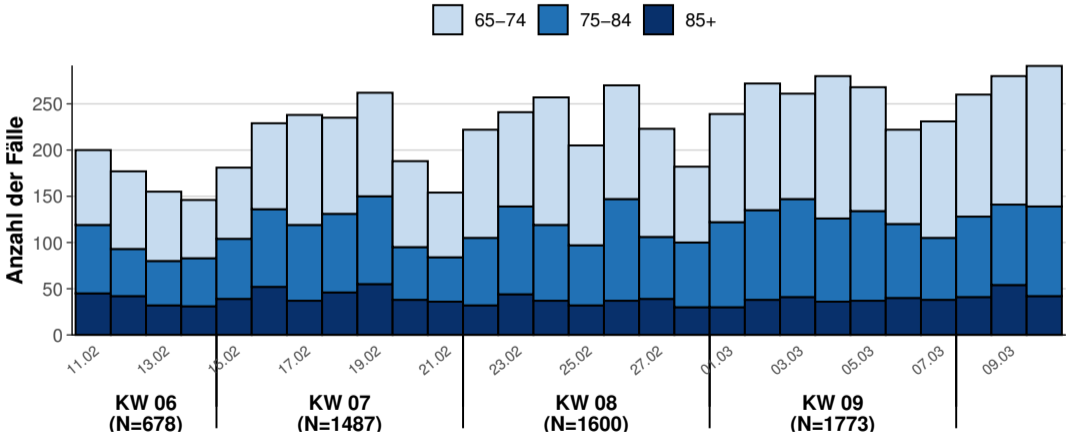
Abbildung 5: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 10.03. und 11.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten).

Österreich: Epidemiologische Parameter III

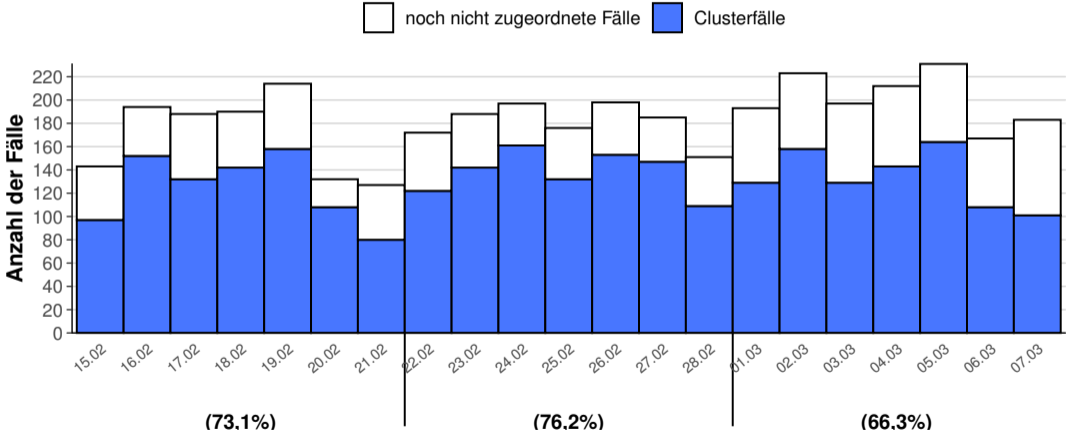
Tabelle 4: Schätzwerte des R_{eff} vom 28.02. bis zum 09.03.

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
28.02	1,13	(1,12 – 1,15)
01.03	1,12	(1,11 – 1,13)
02.03	1,11	(1,10 – 1,13)
03.03	1,12	(1,10 – 1,13)
04.03	1,10	(1,09 – 1,11)
05.03	1,12	(1,11 – 1,13)
06.03	1,13	(1,12 – 1,15)
07.03	1,11	(1,10 – 1,12)
08.03	1,10	(1,09 – 1,11)
09.03	1,08	(1,06 – 1,09)

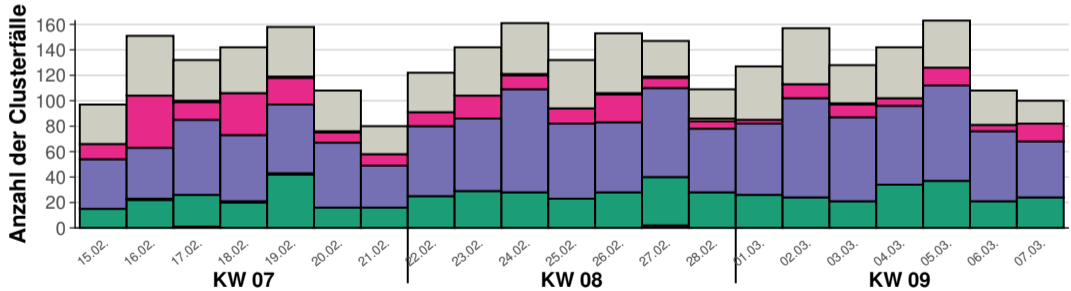
Österreich (exkl. Wien): Verteilung der Infektionsfälle von >64-Jährigen nach Altersgruppe für die vergangenen 4 Wochen



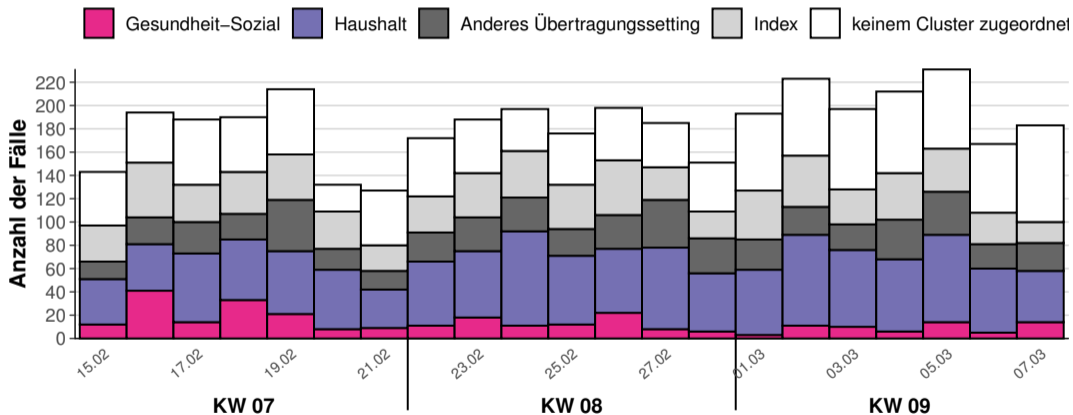
Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Fälle gesamt bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Zeitlicher Verlauf bis 11.03.2021

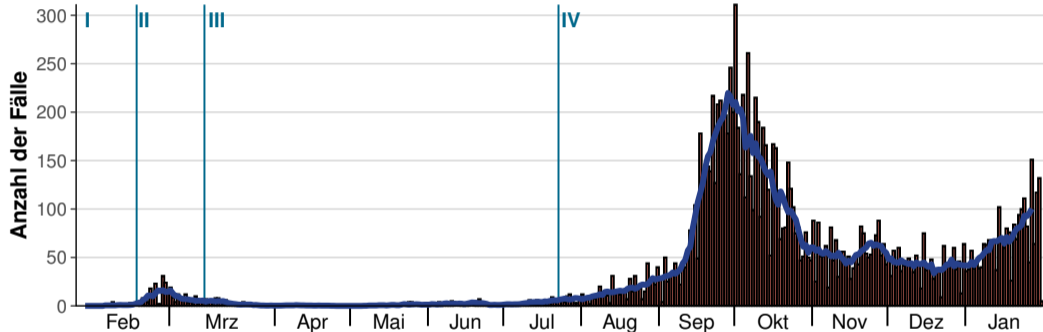


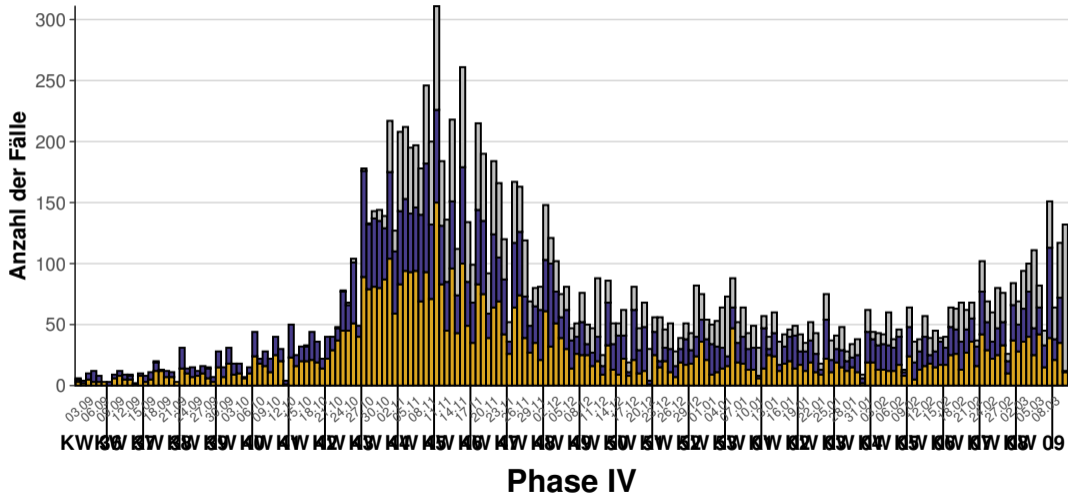
Abbildung 6: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Burgenland: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

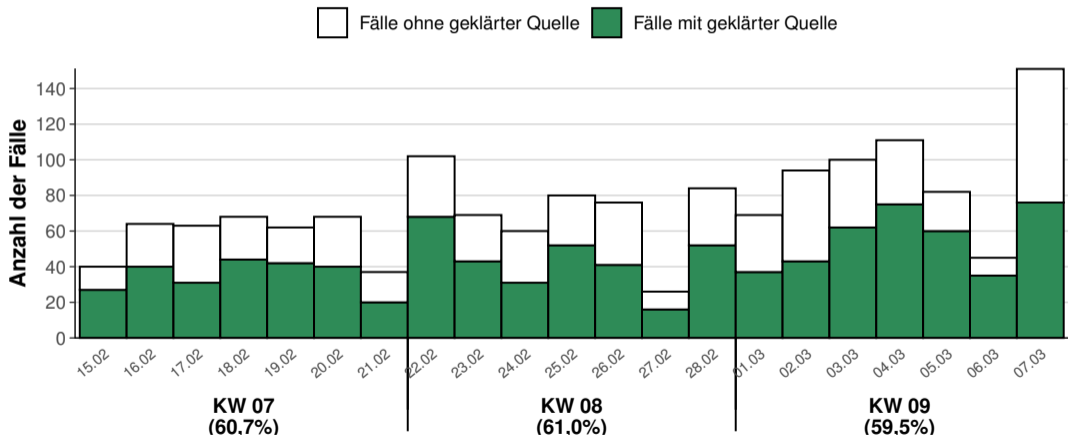
	04	05	06	07	08	09
Fälle ¹ Burgenland (N)	260	286	318	402	497	652
Anteil asymptomatisch	32,3%	44,1%	36,5%	33,3%	30,6%	34,0%
Fälle asymptomatisch (n)	84	126	116	134	152	222
Fälle ungeklärt ² (n)	104	107	118	158	194	264
Indexfälle ³ (n)	56	51	77	85	92	64
Anteil geklärt	60,0%	62,6%	62,9%	60,7%	61,0%	59,5%
Fälle geklärt ⁴ (n)	156	179	200	244	303	388
Clusterfälle ⁵ (n)	199	215	269	309	357	395
sporadisch importierte Fälle (n)	1	4	1	1	2	3
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	143	164	192	222	263	327
Haushalt	62,9%	57,9%	62,5%	60,8%	63,5%	62,7%
Freizeit	27,3%	17,7%	21,4%	23,4%	22,8%	19,9%
Gesundheit-Sozial	5,6%	20,1%	9,4%	8,6%	3,4%	0,9%
Arbeit	1,4%	4,3%	4,7%	3,6%	4,6%	4,0%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	2,8%	0,0%	0,5%	1,8%	5,3%	12,5%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	0,0%	0,0%	0,5%	1,4%	0,4%	0,0%
Haushalt (n)	90	95	120	135	167	205
Bildung (n)	4	0	1	4	14	41
Gesundheit-Sozial (n)	8	33	18	19	9	3
Reise (n)	0	0	1	3	1	0

Burgenland: Phase IV 01.09.2020 – 11.03.2021

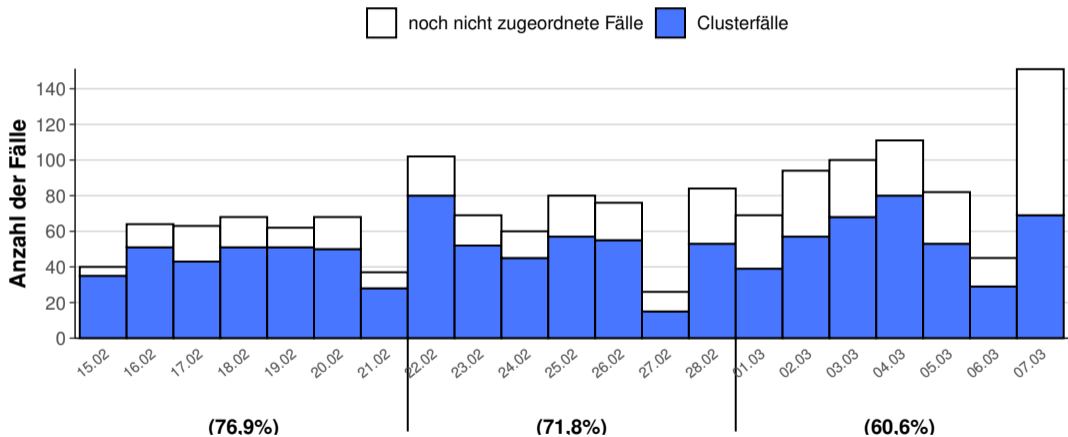
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



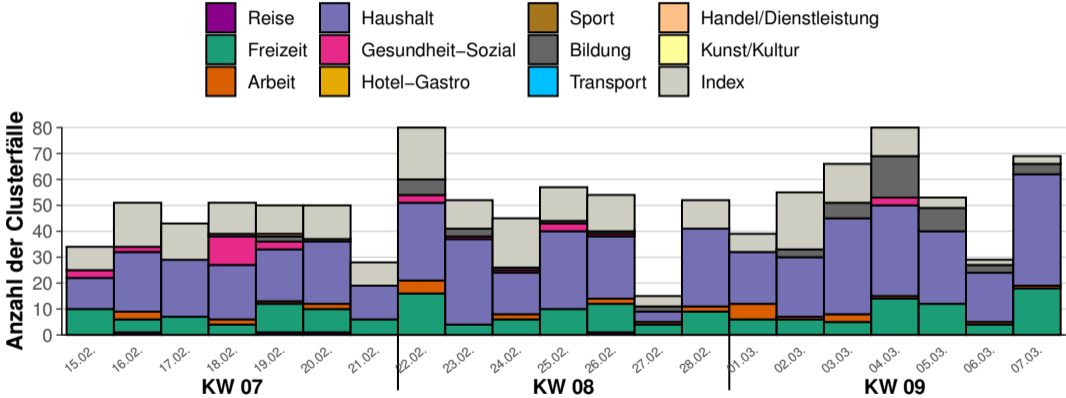
Burgenland: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Epidemiologische Parameter I

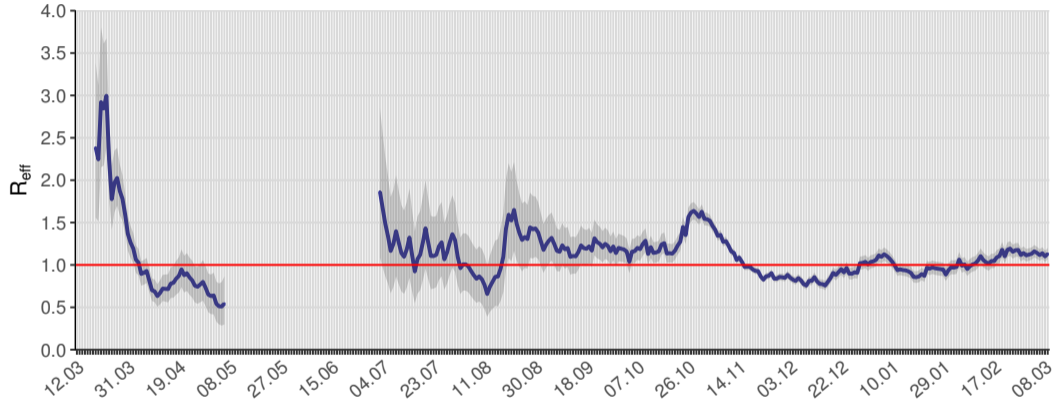


Abbildung 7: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 10.03. und 11.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Burgenland)

Burgenland: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 5: Schätzwerte des R_{eff} vom 28.02. bis zum 09.03.. (Burgenland)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
28.02	1,14	(1,06 - 1,22)
01.03	1,11	(1,04 - 1,19)
02.03	1,12	(1,05 - 1,20)
03.03	1,13	(1,06 - 1,21)
04.03	1,16	(1,09 - 1,23)
05.03	1,14	(1,07 - 1,21)
06.03	1,12	(1,05 - 1,19)
07.03	1,14	(1,07 - 1,21)
08.03	1,10	(1,04 - 1,17)
09.03	1,13	(1,07 - 1,20)

Burgenland: Altersverteilung II

Tabelle 6: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

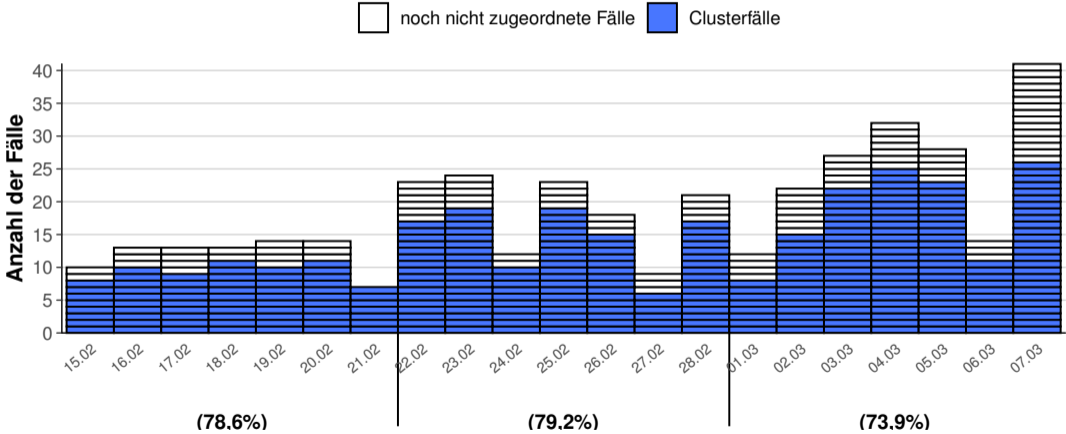
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 02	330	18.0	51.5	84.0
KW 03	302	18.0	45.1	70.0
KW 04	260	14.0	43.2	71.0
KW 05	286	17.0	47.3	80.0
KW 06	318	18.7	45.9	70.0
KW 07	402	15.0	42.7	71.9
KW 08	497	14.0	40.4	69.0
KW 09	652	10.0	40.2	68.0

Burgenland: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 08, KW 09)

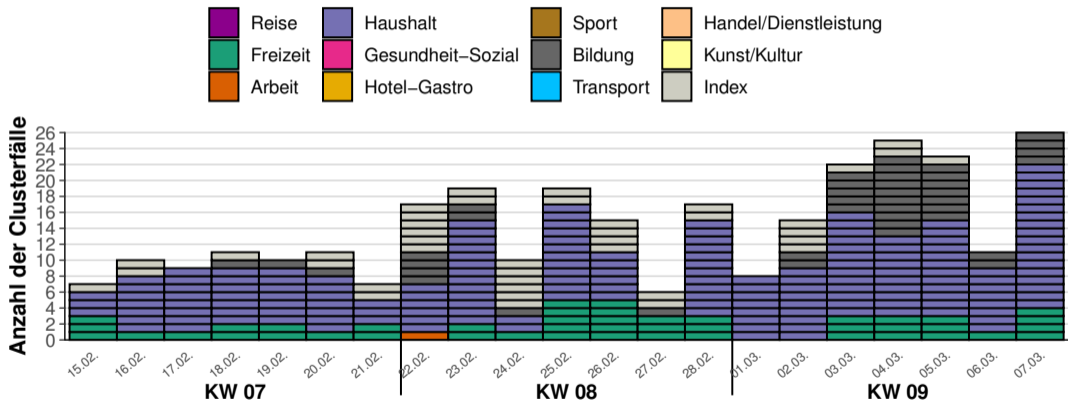
Tabelle 7: Verteilung der Infektionsfälle (KW 06 - KW 09 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 06							KW 07							KW 08							KW 09									
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total			
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<6	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5	1	12,5	4	50,0	3	37,5	8	8	32,0	14	56,0	3	12,0	25			
6-9	0	0,0	3	75,0	1	25,0	4	3	17,6	9	52,9	5	29,4	17	5	20,8	9	37,5	10	41,7	24	8	24,2	20	60,6	5	15,2	33			
10-14	5	45,5	4	36,4	2	18,2	11	5	27,8	7	38,9	6	33,3	18	6	28,6	8	38,1	7	33,3	21	12	36,4	12	36,4	9	27,3	33			
15-19	4	25,0	7	43,8	5	31,2	16	3	25,0	5	41,7	4	33,3	12	3	11,1	11	40,7	13	48,1	27	17	36,2	12	25,5	18	38,3	47			
20-24	9	47,4	7	36,8	3	15,8	19	12	37,5	11	34,4	9	28,1	32	22	44,0	12	24,0	16	32,0	50	18	47,4	9	23,7	11	28,9	38			
Total	19	35,2	23	42,6	12	22,2	54	25	29,8	34	40,5	25	29,8	84	37	28,5	44	33,8	49	37,7	130	63	35,8	67	38,1	46	26,1	176			

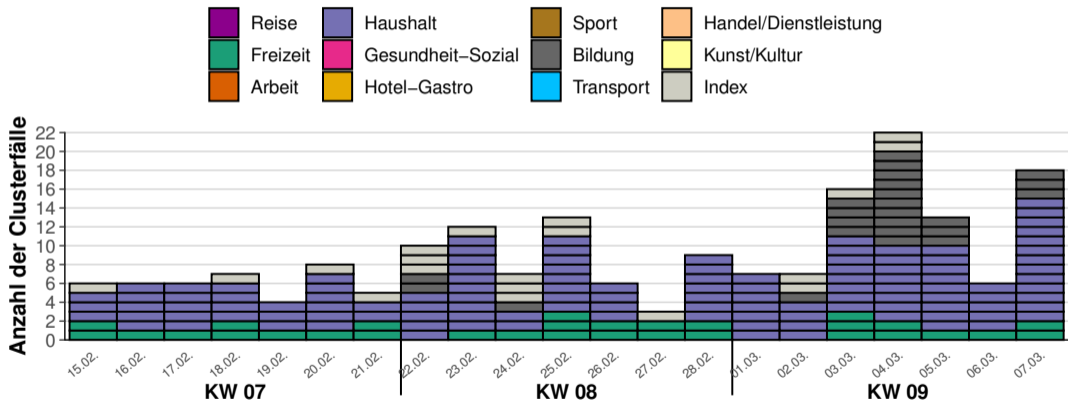
Burgenland: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



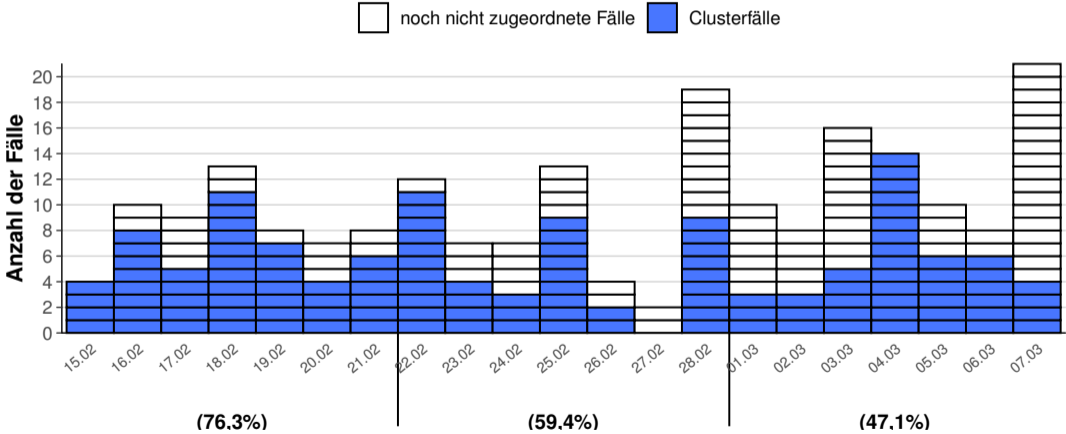
Burgenland: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



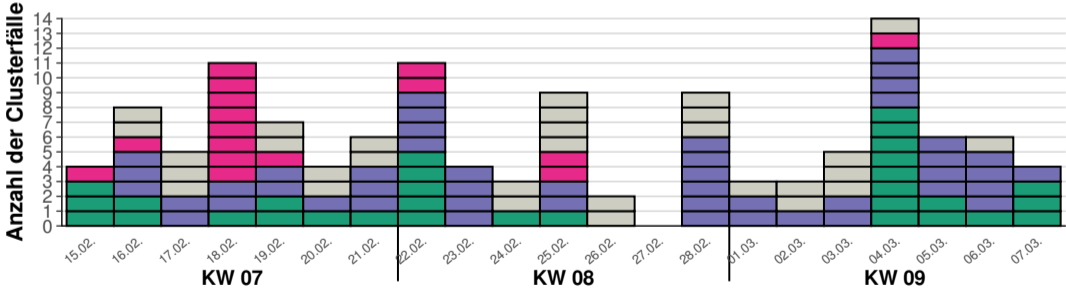
Burgenland: Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Burgenland: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Zeitlicher Verlauf bis 11.03.2021

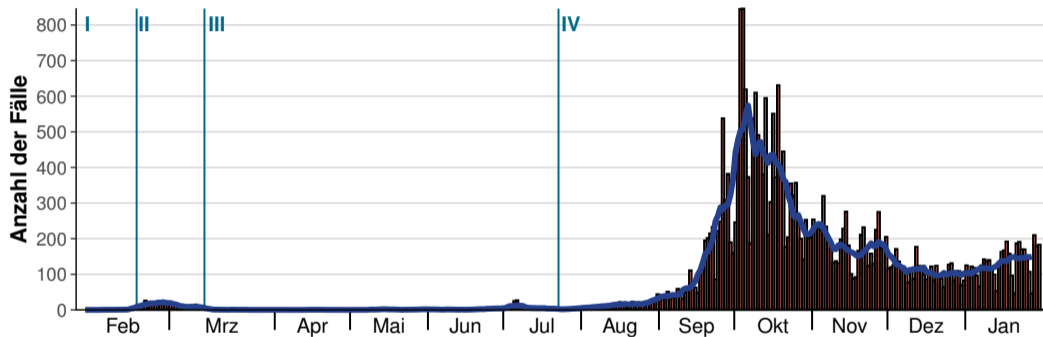


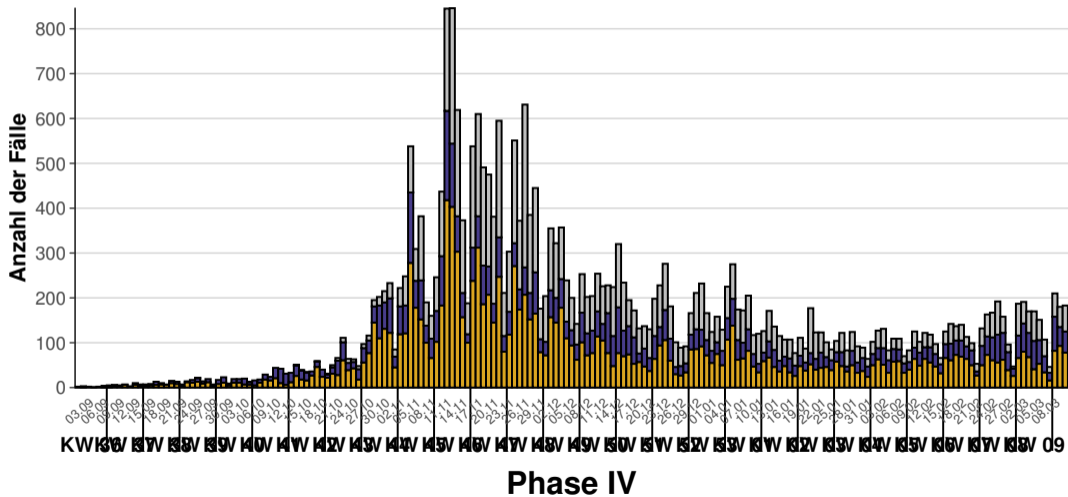
Abbildung 9: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Kärnten: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

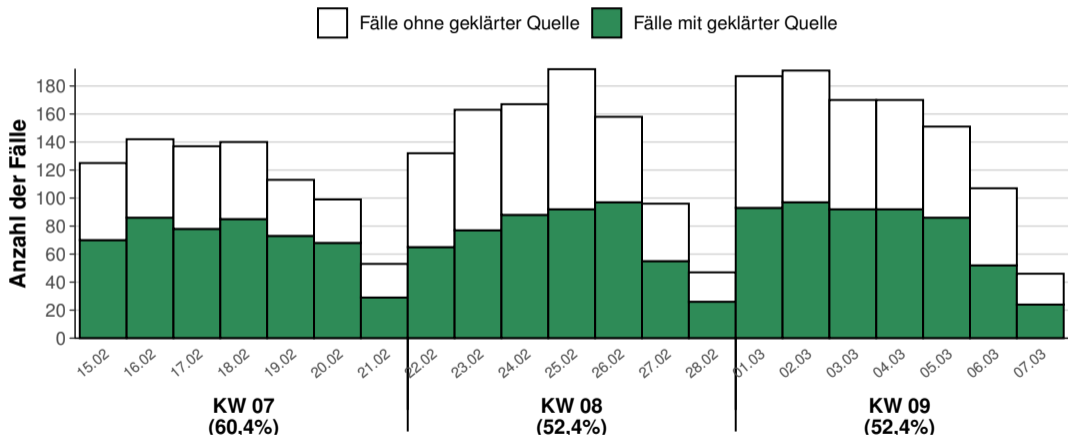
	04	05	06	07	08	09
Fälle ¹ Kärnten (N)	678	731	713	809	955	1.022
Anteil asymptomatisch	25,1%	26,0%	25,1%	25,5%	32,8%	32,9%
Fälle asymptomatisch (n)	170	190	179	206	313	336
Fälle ungeklärt ² (n)	326	314	281	320	455	486
Indexfälle ³ (n)	148	160	161	196	231	190
Anteil geklärt	51,9%	57,0%	60,6%	60,4%	52,4%	52,4%
Fälle geklärt ⁴ (n)	352	417	432	489	500	536
Clusterfälle ⁵ (n)	482	546	562	653	695	702
sporadisch importierte Fälle (n)	2	0	0	3	2	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	332	386	398	456	461	507
Haushalt	65,7%	73,6%	71,6%	77,6%	82,2%	81,7%
Freizeit	9,6%	10,9%	11,8%	10,1%	7,6%	8,5%
Gesundheit-Sozial	15,7%	2,1%	2,3%	3,1%	1,5%	3,9%
Arbeit	2,4%	4,9%	11,3%	5,9%	3,0%	1,4%
Hotel-Gastro	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	6,0%	4,9%	1,3%	1,5%	5,2%	4,1%
Transport	0,0%	0,3%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%
Reise	0,3%	0,0%	0,3%	0,4%	0,2%	0,0%
Haushalt (n)	218	284	285	354	379	414
Bildung (n)	20	19	5	7	24	21
Gesundheit-Sozial (n)	52	8	9	14	7	20
Reise (n)	1	0	1	2	1	0

Kärnten: Phase IV 01.09.2020 – 11.03.2021

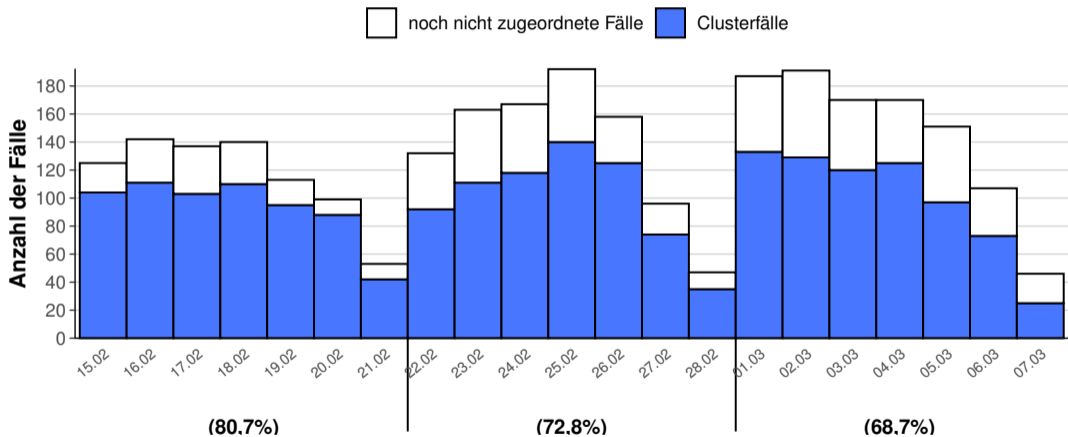
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Kärnten: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Epidemiologische Parameter I

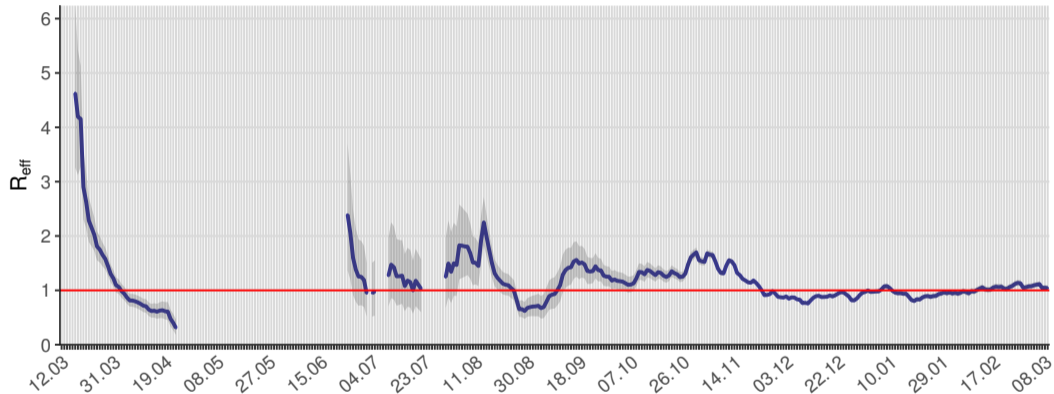


Abbildung 10: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 10.03. und 11.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Kärnten)

Kärnten: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 8: Schätzwerte des R_{eff} vom 28.02. bis zum 09.03.. (Kärnten)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
28.02	1,05	(1,00 - 1,10)
01.03	1,06	(1,01 - 1,11)
02.03	1,07	(1,02 - 1,12)
03.03	1,08	(1,03 - 1,13)
04.03	1,09	(1,04 - 1,14)
05.03	1,10	(1,06 - 1,16)
06.03	1,11	(1,06 - 1,16)
07.03	1,04	(0,99 - 1,09)
08.03	1,05	(1,00 - 1,10)
09.03	1,04	(1,00 - 1,09)

Kärnten: Altersverteilung II

Tabelle 9: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

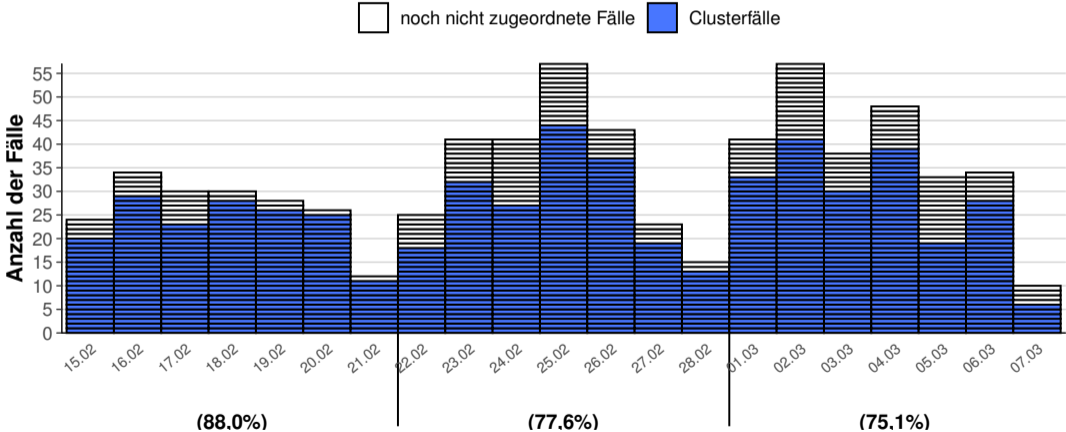
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 02	839	20	49.0	81.0
KW 03	807	19	47.5	81.0
KW 04	678	20	48.8	80.0
KW 05	731	17	44.3	73.0
KW 06	713	16	44.2	73.8
KW 07	809	14	44.2	75.2
KW 08	955	15	42.4	71.0
KW 09	1.022	14	42.4	72.0

Kärnten: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 08, KW 09)

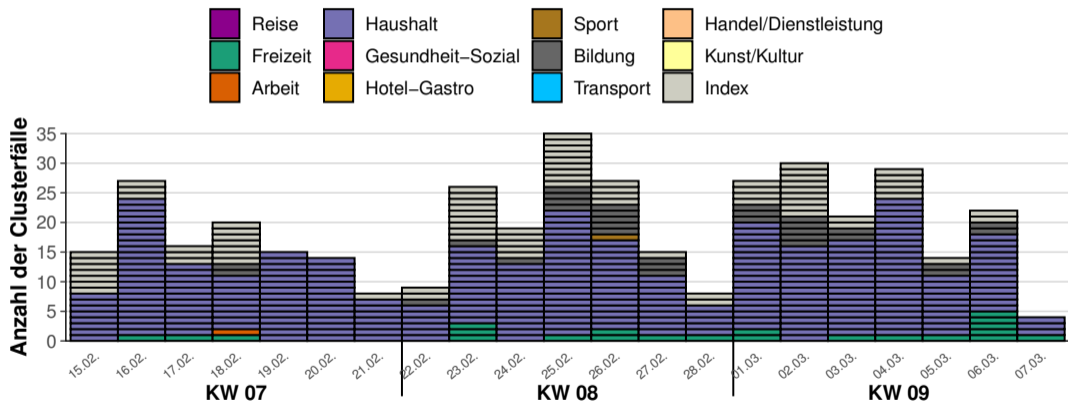
Tabelle 10: Verteilung der Infektionsfälle (KW 06 - KW 09 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 06							KW 07							KW 08							KW 09						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total							
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.									
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%						
<6	6	42,9	5	35,7	3	21,4	14	2	22,2	7	77,8	0	0,0	9	3	23,1	10	76,9	0	0,0	13	5	35,7	5	35,7	4	28,6	14
6-9	4	23,5	9	52,9	4	23,5	17	14	38,9	18	50,0	4	11,1	36	5	16,1	21	67,7	5	16,1	31	9	21,4	26	61,9	7	16,7	42
10-14	10	28,6	17	48,6	8	22,9	35	16	34,8	21	45,7	9	19,6	46	15	30,6	23	46,9	11	22,4	49	3	5,4	35	62,5	18	32,1	56
15-19	16	47,1	10	29,4	8	23,5	34	22	48,9	14	31,1	9	20,0	45	22	25,6	33	38,4	31	36,0	86	20	22,0	46	50,5	25	27,5	91
20-24	23	56,1	9	22,0	9	22,0	41	29	60,4	8	16,7	11	22,9	48	18	27,3	17	25,8	31	47,0	66	24	41,4	14	24,1	20	34,5	58
Total	59	41,8	50	35,5	32	22,7	141	83	45,1	68	37,0	33	17,9	184	63	25,7	104	42,4	78	31,8	245	61	23,4	126	48,3	74	28,4	261

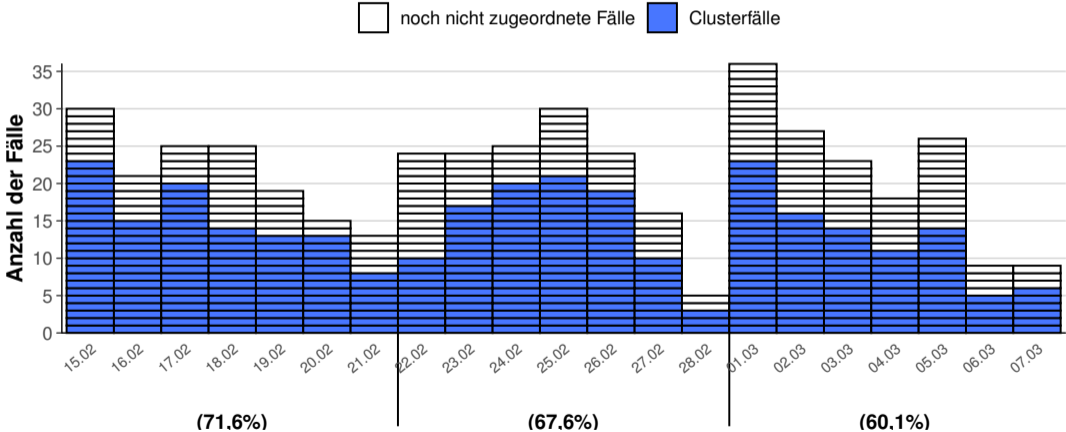
Kärnten: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



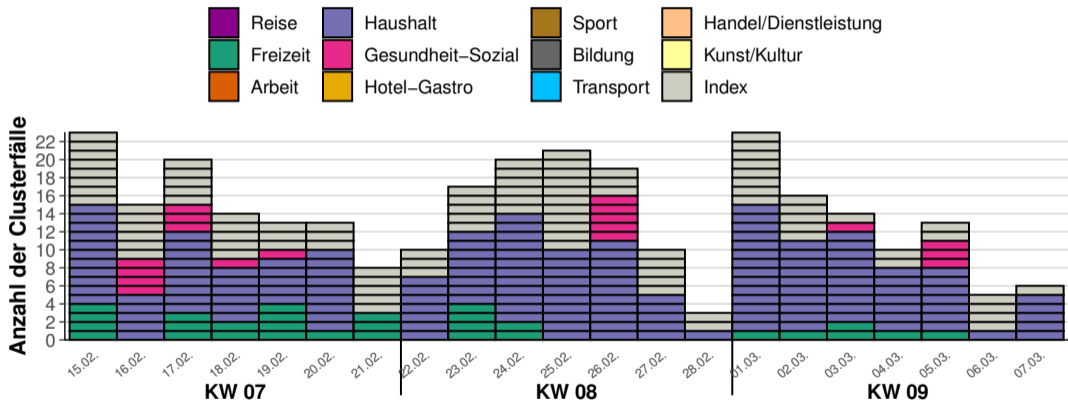
Kärnten: Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 11.03.2021

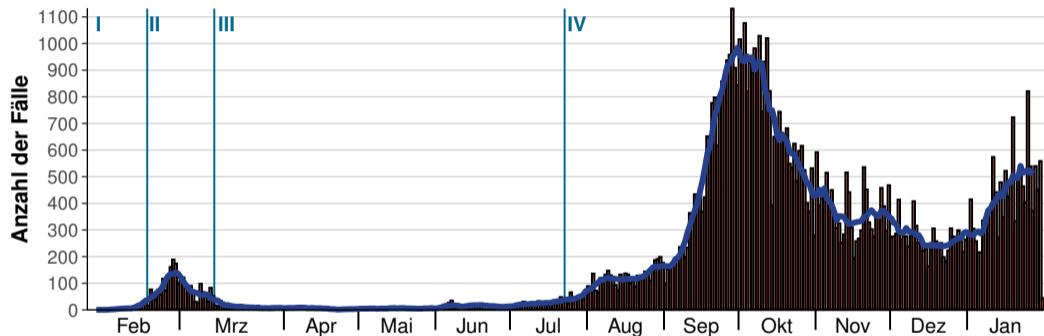


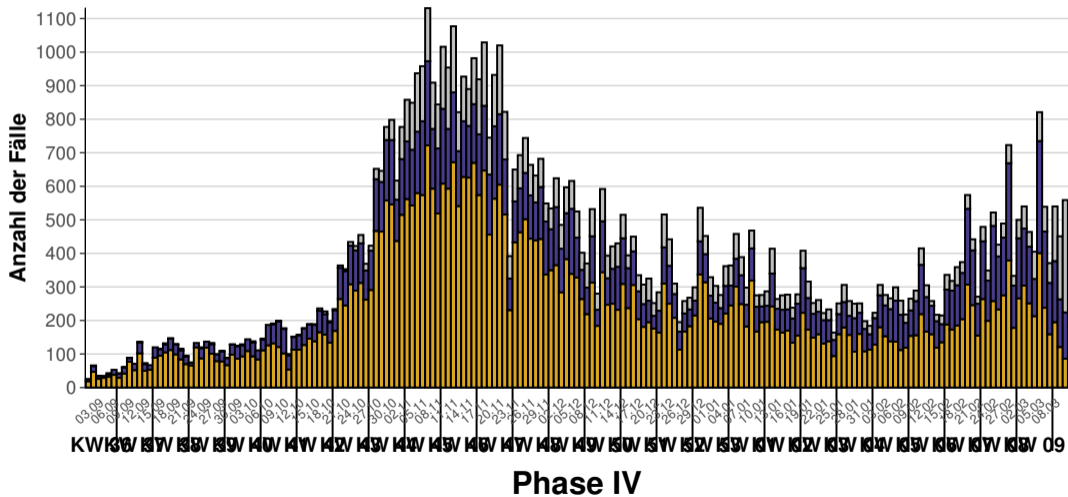
Abbildung 12: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Niederösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

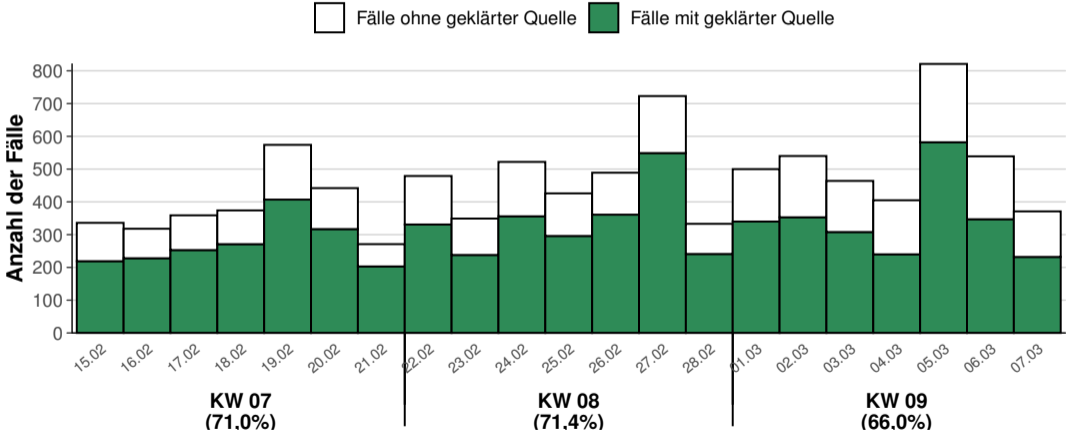
	04	05	06	07	08	09
Fälle ¹ Niederösterreich (N)	1.698	1.847	1.964	2.674	3.321	3.640
Anteil asymptomatisch	27,6%	35,9%	32,9%	36,0%	38,0%	36,9%
Fälle asymptomatisch (n)	469	663	646	962	1.262	1.343
Fälle ungeklärt ² (n)	567	533	593	776	949	1.238
Indexfälle ³ (n)	329	326	398	450	552	545
Anteil geklärt	66,6%	71,1%	69,8%	71,0%	71,4%	66,0%
Fälle geklärt ⁴ (n)	1.131	1.314	1.371	1.898	2.372	2.402
Clusterfälle ⁵ (n)	1.414	1.574	1.696	2.237	2.753	2.784
sporadisch importierte Fälle (n)	9	7	13	18	23	21
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	1.079	1.248	1.296	1.779	2.194	2.225
Haushalt	59,4%	56,0%	62,3%	59,2%	62,6%	68,0%
Freizeit	16,0%	17,1%	17,5%	17,1%	15,7%	14,8%
Gesundheit-Sozial	15,0%	13,4%	8,9%	7,3%	3,6%	3,1%
Arbeit	6,5%	11,0%	7,2%	6,4%	6,1%	5,1%
Hotel-Gastro	0,1%	0,4%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%
Bildung	1,6%	1,1%	2,0%	7,1%	10,6%	7,5%
Transport	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%
Reise	0,6%	0,5%	0,2%	0,8%	0,4%	0,4%
Haushalt (n)	641	699	808	1.054	1.374	1.512
Bildung (n)	17	14	26	127	232	167
Gesundheit-Sozial (n)	162	167	115	130	78	69
Reise (n)	7	6	3	15	9	10

Niederösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 11.03.2021

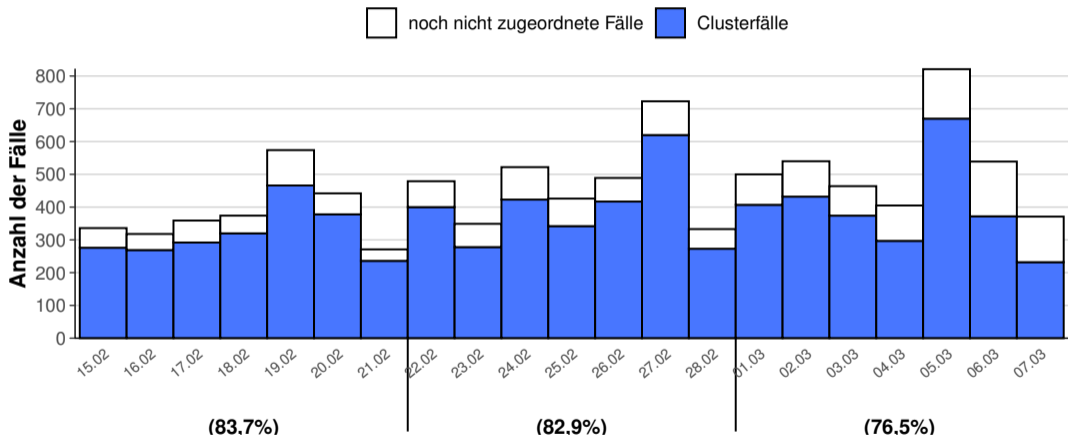
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



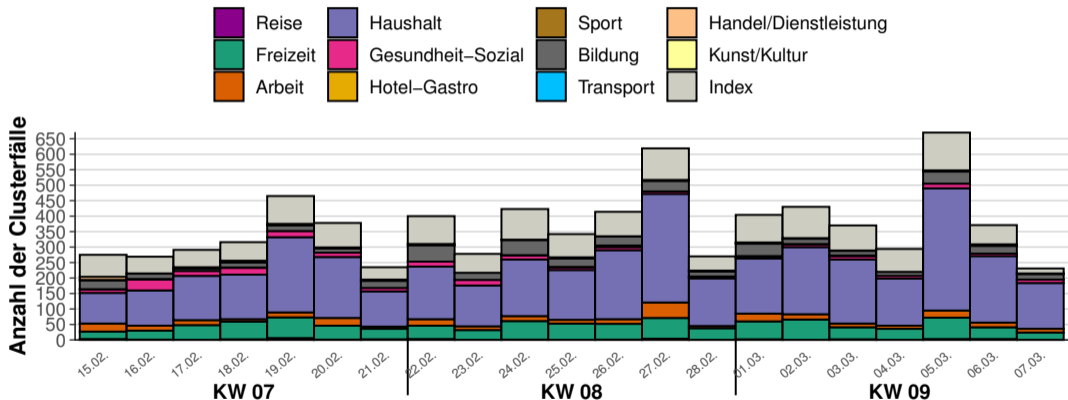
Niederösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Epidemiologische Parameter I

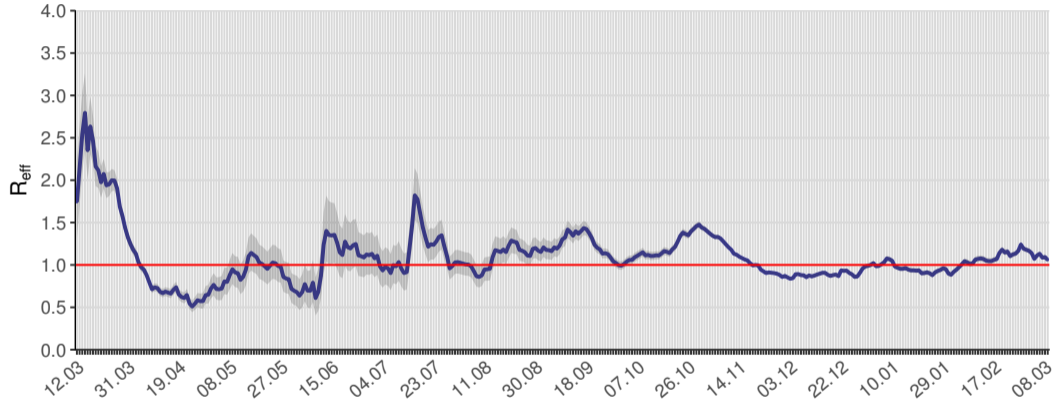


Abbildung 13: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 10.03. und 11.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Niederösterreich)

Niederösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 11: Schätzwerte des R_{eff} vom 28.02. bis zum 09.03.. (Niederösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
28.02	1,19	(1,16 - 1,22)
01.03	1,18	(1,15 - 1,21)
02.03	1,17	(1,14 - 1,20)
03.03	1,14	(1,11 - 1,17)
04.03	1,07	(1,04 - 1,10)
05.03	1,11	(1,08 - 1,14)
06.03	1,13	(1,10 - 1,16)
07.03	1,09	(1,06 - 1,11)
08.03	1,09	(1,07 - 1,12)
09.03	1,06	(1,03 - 1,08)

Niederösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 12: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

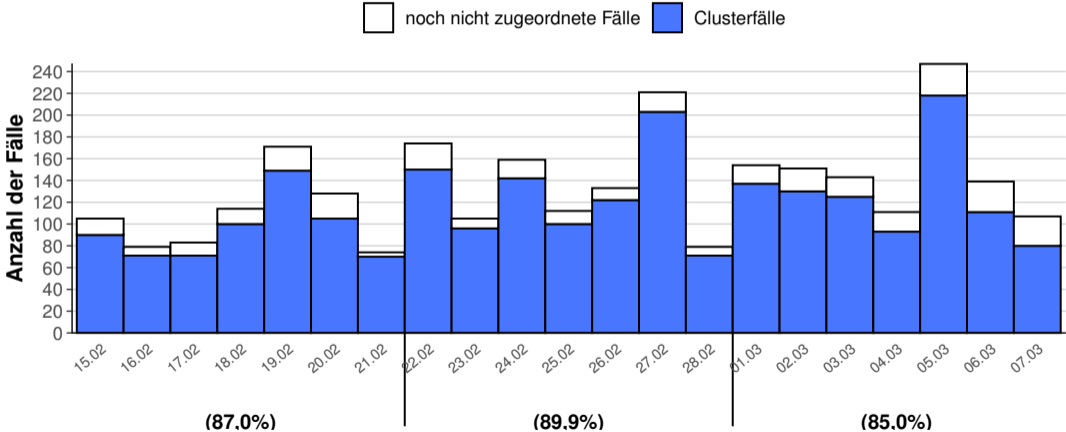
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 02	2.033	18	45.5	78.0
KW 03	1.856	16	44.6	78.0
KW 04	1.698	18	46.6	79.0
KW 05	1.847	16	44.0	73.4
KW 06	1.964	14	41.9	70.0
KW 07	2.674	10	40.4	70.0
KW 08	3.321	9	38.4	67.0
KW 09	3.640	10	38.5	66.0

Niederösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 08, KW 09)

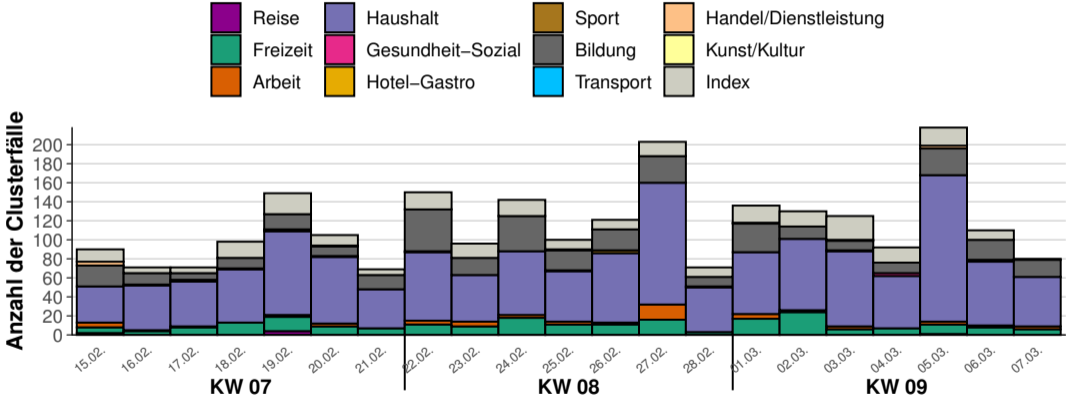
Tabelle 13: Verteilung der Infektionsfälle (KW 06 - KW 09 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 06							KW 07							KW 08							KW 09							
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<6	15	39,5	20	52,6	3	7,9	38	32	39,0	43	52,4	7	8,5	82	47	39,2	68	56,7	5	4,2	120	39	35,8	62	56,9	8	7,3	109	
6-9	29	46,8	32	51,6	1	1,6	62	62	38,8	88	55,0	10	6,2	160	89	37,9	129	54,9	17	7,2	235	64	30,3	134	63,5	13	6,2	211	
10-14	41	41,8	47	48,0	10	10,2	98	72	42,9	85	50,6	11	6,5	168	82	37,4	115	52,5	22	10,0	219	82	31,8	144	55,8	32	12,4	258	
15-19	73	52,9	47	34,1	18	13,0	138	101	54,9	64	34,8	19	10,3	184	120	51,3	90	38,5	24	10,3	234	126	50,0	103	40,9	23	9,1	252	
20-24	85	56,7	51	34,0	14	9,3	150	88	55,0	51	31,9	21	13,1	160	98	56,0	65	37,1	12	6,9	175	113	50,9	73	32,9	36	16,2	222	
Total	243	50,0	197	40,5	46	9,5	486	355	47,1	331	43,9	68	9,0	754	436	44,4	467	47,5	80	8,1	983	424	40,3	516	49,0	112	10,6	1052	

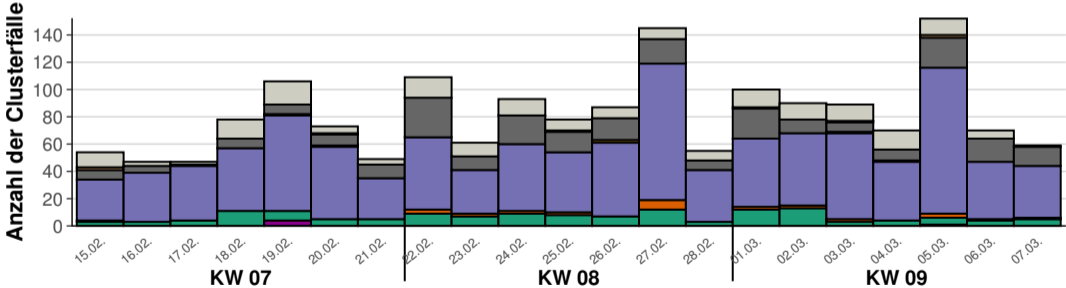
Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



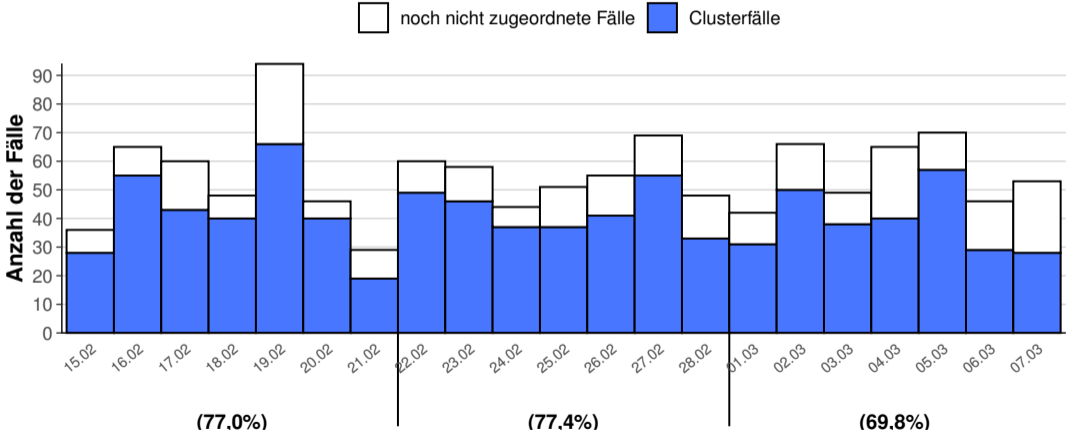
Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



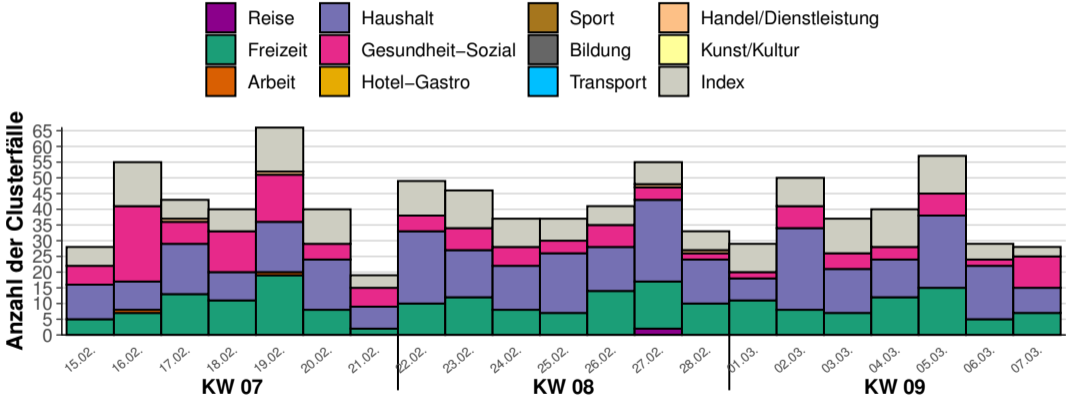
Niederösterreich: Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 11.03.2021

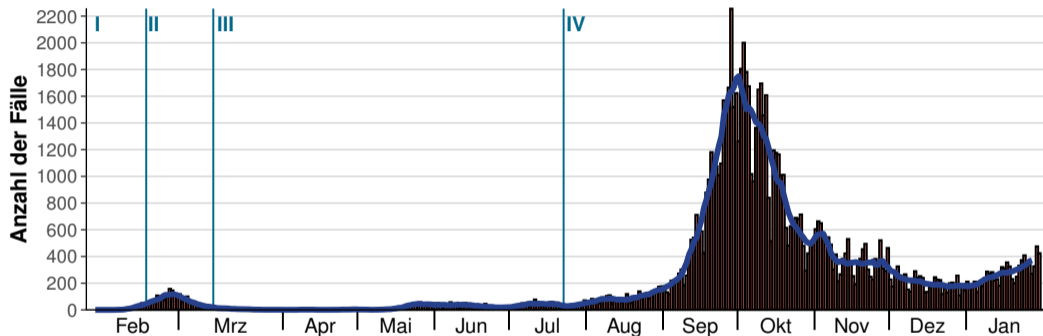


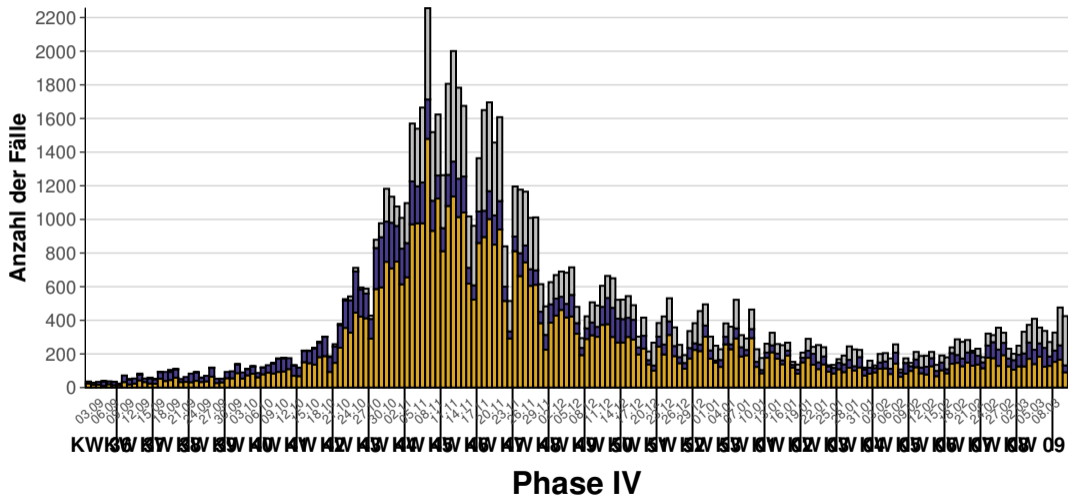
Abbildung 15: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Oberösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

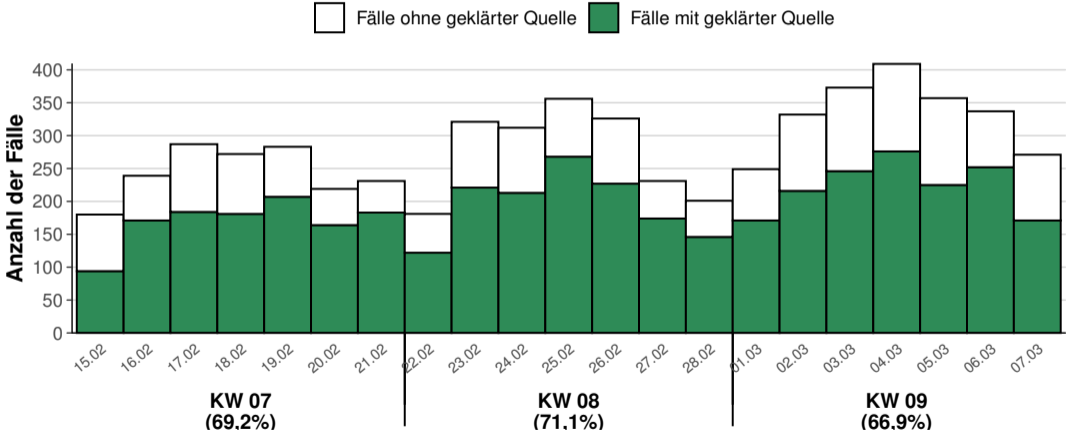
	04	05	06	07	08	09
Fälle ¹ Oberösterreich (N)	1.334	1.249	1.274	1.711	1.928	2.328
Anteil asymptomatisch	21,5%	23,2%	21,9%	21,6%	24,7%	24,7%
Fälle asymptomatisch (n)	287	290	279	369	476	575
Fälle ungeklärt ² (n)	488	408	459	527	557	771
Indexfälle ³ (n)	280	270	288	355	347	358
Anteil geklärt	63,4%	67,3%	64,0%	69,2%	71,1%	66,9%
Fälle geklärt ⁴ (n)	846	841	815	1.184	1.371	1.557
Clusterfälle ⁵ (n)	1.027	1.012	1.046	1.430	1.626	1.812
sporadisch importierte Fälle (n)	8	11	6	4	10	7
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	745	738	758	1.071	1.272	1.446
Haushalt	61,9%	68,3%	73,2%	66,8%	59,6%	64,7%
Freizeit	16,5%	14,5%	12,3%	15,9%	18,4%	16,0%
Gesundheit-Sozial	8,1%	3,8%	2,9%	0,5%	3,1%	1,2%
Arbeit	7,8%	8,8%	7,1%	11,1%	11,2%	9,5%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%
Bildung	3,1%	2,8%	1,3%	2,7%	5,0%	5,6%
Transport	1,2%	0,8%	0,1%	0,3%	0,2%	0,3%
Reise	0,7%	0,3%	1,8%	0,8%	0,9%	0,3%
Haushalt (n)	461	504	555	715	758	935
Bildung (n)	23	21	10	29	64	81
Gesundheit-Sozial (n)	60	28	22	5	40	18
Reise (n)	5	2	14	9	11	5

Oberösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 11.03.2021

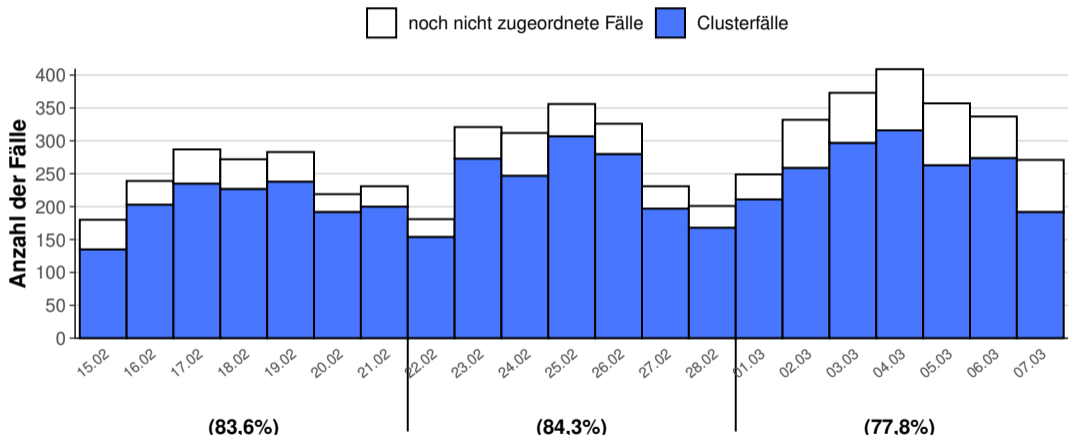
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



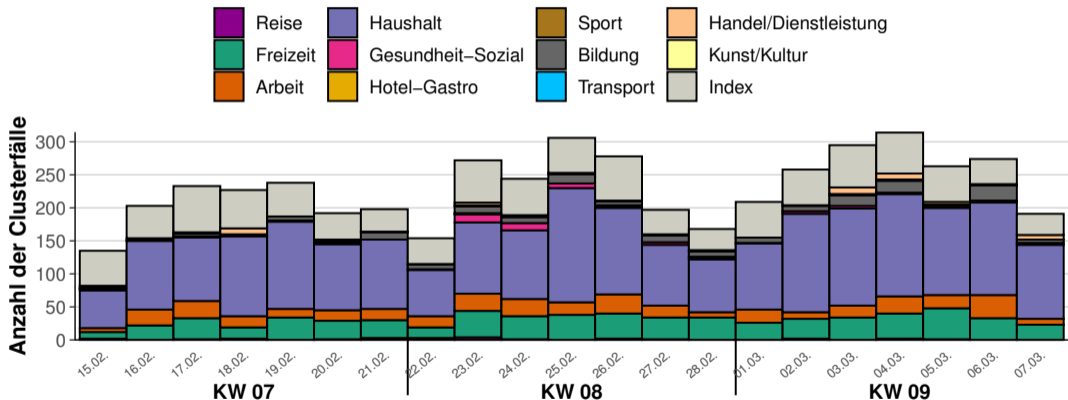
Oberösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Epidemiologische Parameter I

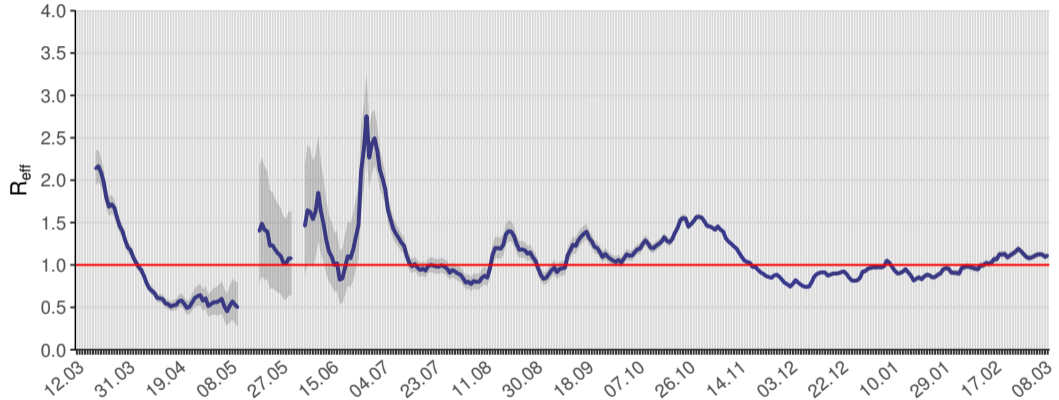


Abbildung 16: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 10.03. und 11.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Oberösterreich)

Oberösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 14: Schätzwerte des R_{eff} vom 28.02. bis zum 09.03.. (Oberösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
28.02	1,13	(1,09 - 1,17)
01.03	1,10	(1,06 - 1,13)
02.03	1,08	(1,04 - 1,12)
03.03	1,09	(1,05 - 1,12)
04.03	1,10	(1,07 - 1,14)
05.03	1,12	(1,09 - 1,16)
06.03	1,13	(1,09 - 1,16)
07.03	1,12	(1,09 - 1,16)
08.03	1,10	(1,06 - 1,13)
09.03	1,11	(1,08 - 1,15)

Oberösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 15: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

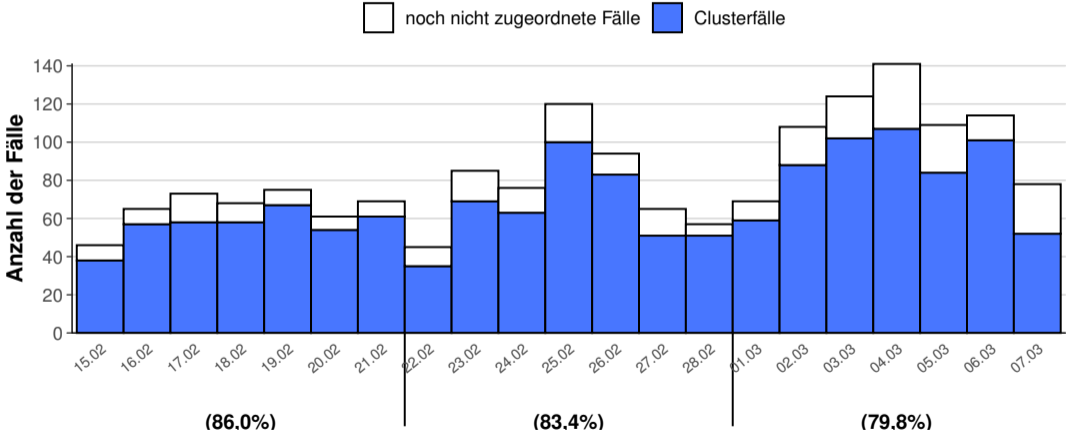
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 02	1.655	20.0	46.2	76
KW 03	1.501	17.0	43.8	73
KW 04	1.334	16.3	43.3	72
KW 05	1.249	16.0	41.8	70
KW 06	1.274	16.0	41.1	66
KW 07	1.711	14.0	38.6	64
KW 08	1.928	12.0	38.4	64
KW 09	2.328	11.0	37.1	63

Oberösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 08, KW 09)

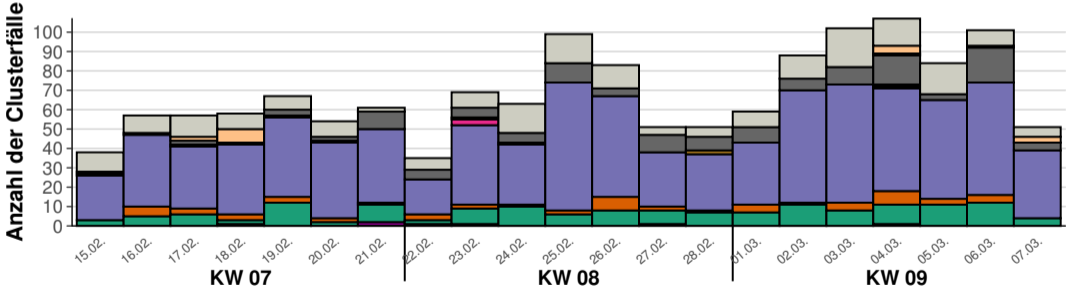
Tabelle 16: Verteilung der Infektionsfälle (KW 06 - KW 09 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 06								KW 07						KW 08						KW 09							
	klinische Manifestation								klinische Manifestation						klinische Manifestation						klinische Manifestation							
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	6	50,0	5	41,7	1	8,3	12	16	61,5	7	26,9	3	11,5	26	10	31,2	13	40,6	9	28,1	32	21	42,0	22	44,0	7	14,0	50
6-9	9	24,3	15	40,5	13	35,1	37	25	38,5	27	41,5	13	20,0	65	30	34,5	42	48,3	15	17,2	87	42	33,6	57	45,6	26	20,8	125
10-14	22	35,5	20	32,3	20	32,3	62	24	25,3	44	46,3	27	28,4	95	45	33,8	46	34,6	42	31,6	133	44	24,7	77	43,3	57	32,0	178
15-19	39	43,8	26	29,2	24	27,0	89	59	50,0	22	18,6	37	31,4	118	64	52,5	31	25,4	27	22,1	122	76	35,8	48	22,6	88	41,5	212
20-24	54	52,4	27	26,2	22	21,4	103	88	57,5	17	11,1	48	31,4	153	87	51,8	50	29,8	31	18,5	168	67	37,6	39	21,9	72	40,4	178
Total	130	42,9	93	30,7	80	26,4	303	212	46,4	117	25,6	128	28,0	457	236	43,5	182	33,6	124	22,9	542	250	33,6	243	32,7	250	33,6	743

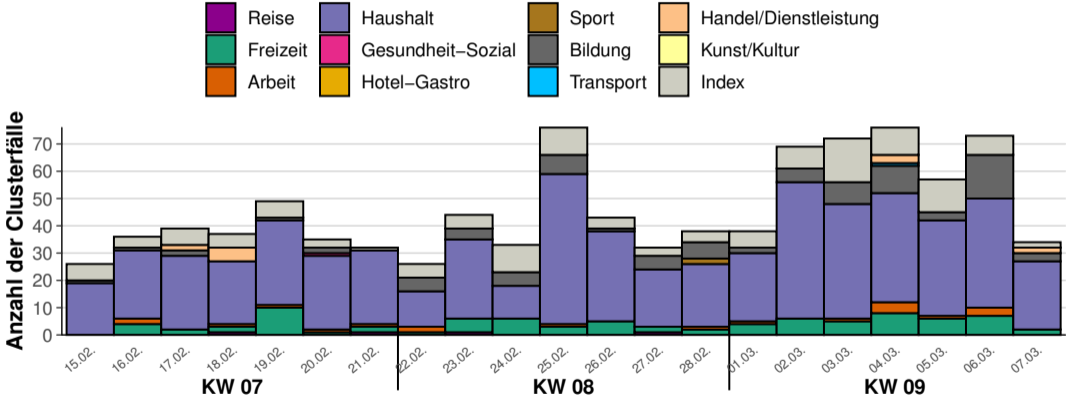
Oberösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



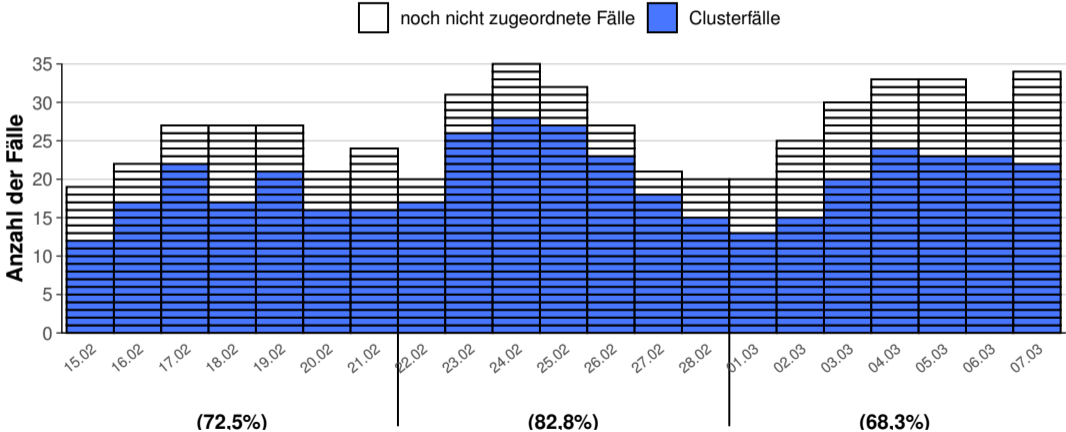
Oberösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Salzburg: Zeitlicher Verlauf bis 11.03.2021

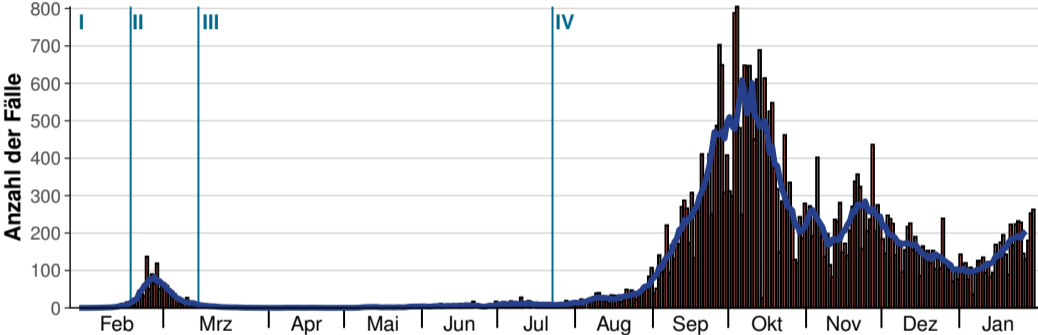


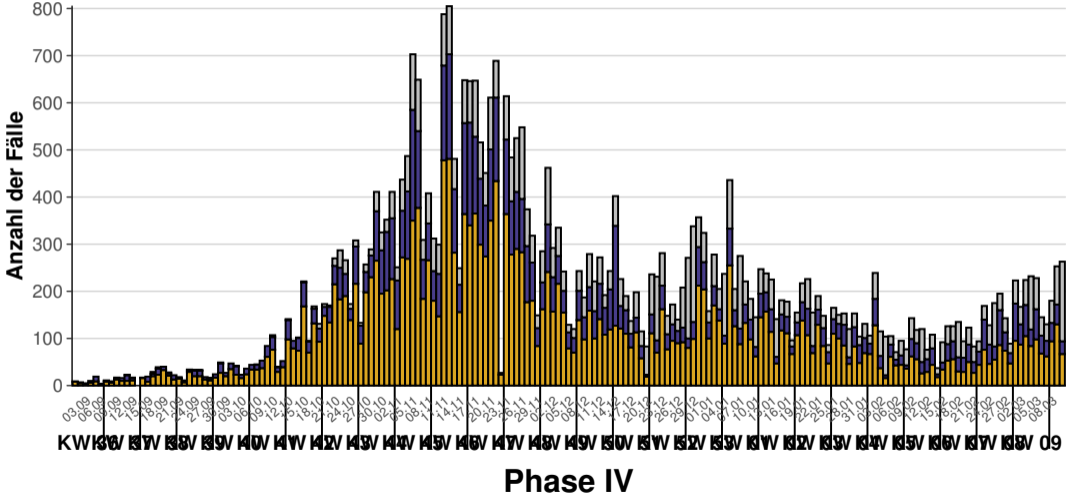
Abbildung 18: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Salzburg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

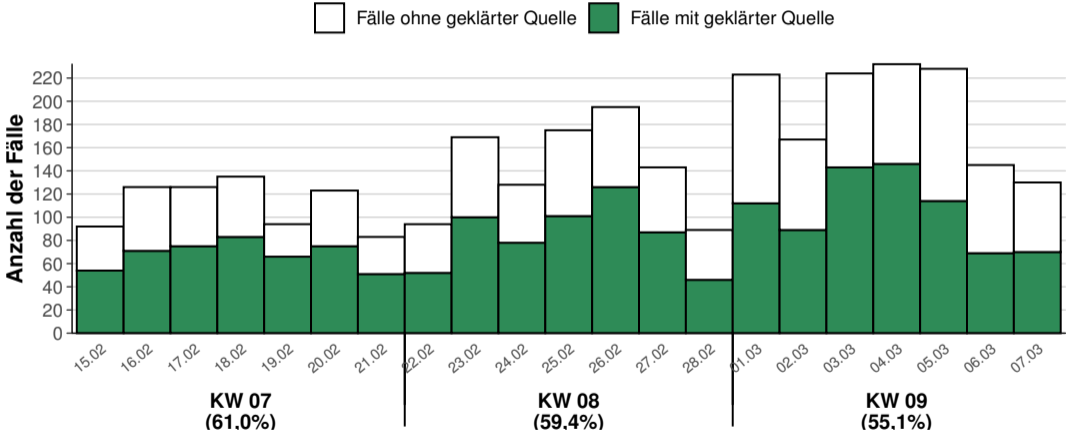
	04	05	06	07	08	09
Fälle ¹ Salzburg (N)	976	835	679	779	993	1.349
Anteil asymptomatisch	23,7%	20,1%	25,0%	26,7%	29,8%	26,5%
Fälle asymptomatisch (n)	231	168	170	208	296	358
Fälle ungeklärt ² (n)	328	316	258	304	403	606
Indexfälle ³ (n)	199	155	142	189	230	259
Anteil geklärt	66,4%	62,2%	62,0%	61,0%	59,4%	55,1%
Fälle geklärt ⁴ (n)	648	519	421	475	590	743
Clusterfälle ⁵ (n)	777	642	522	628	759	921
sporadisch importierte Fälle (n)	2	5	5	3	2	5
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	575	477	376	437	527	650
Haushalt	63,3%	68,8%	76,6%	75,1%	78,4%	78,8%
Freizeit	10,8%	14,7%	13,3%	9,8%	8,5%	10,6%
Gesundheit-Sozial	13,4%	7,8%	2,9%	2,1%	0,9%	0,5%
Arbeit	9,4%	6,9%	5,3%	8,9%	7,0%	6,2%
Hotel-Gastro	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,6%
Bildung	2,6%	1,0%	1,3%	3,2%	4,4%	2,6%
Transport	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	0,2%	0,2%	0,0%	0,9%	0,0%	0,3%
Haushalt (n)	364	328	288	328	413	512
Bildung (n)	15	5	5	14	23	17
Gesundheit-Sozial (n)	77	37	11	9	5	3
Reise (n)	1	1	0	4	0	2

Salzburg: Phase IV 01.09.2020 – 11.03.2021

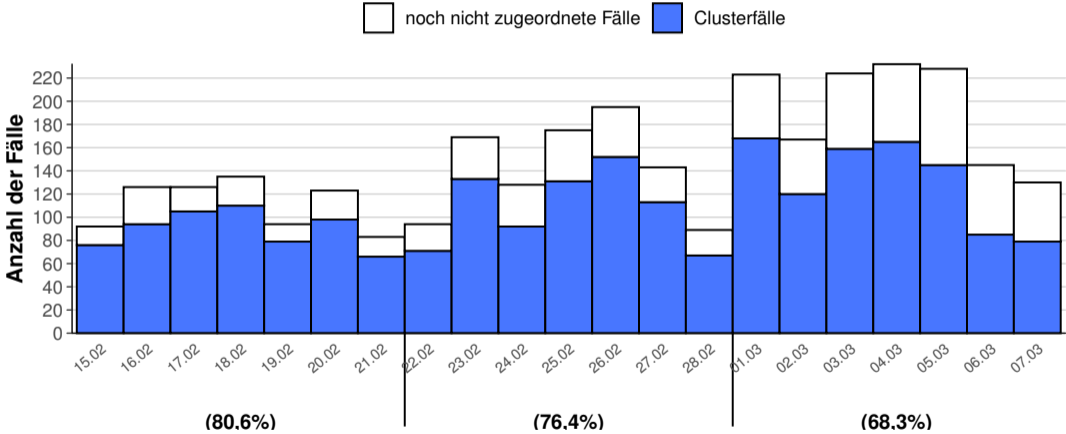
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Salzburg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Epidemiologische Parameter I

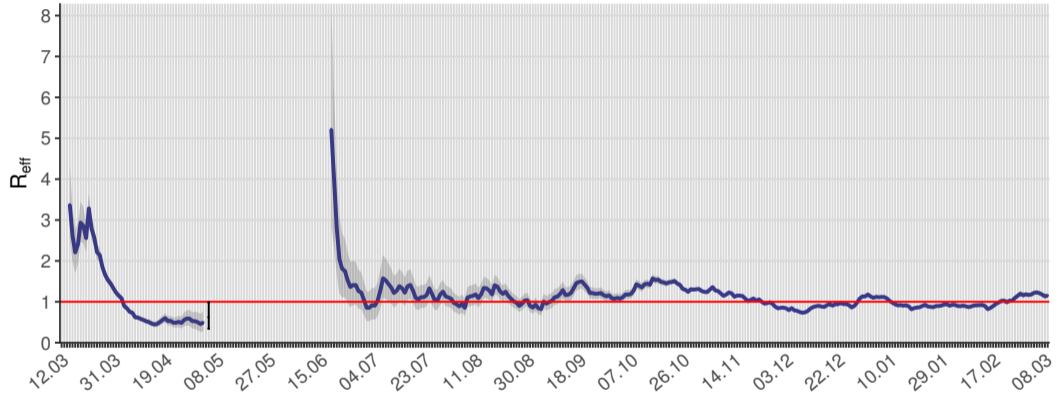


Abbildung 19: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 10.03. und 11.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Salzburg)

Salzburg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 17: Schätzwerte des R_{eff} vom 28.02. bis zum 09.03.. (Salzburg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
28.02	1,16	(1,10 - 1,21)
01.03	1,18	(1,13 - 1,24)
02.03	1,17	(1,11 - 1,22)
03.03	1,18	(1,13 - 1,23)
04.03	1,22	(1,17 - 1,27)
05.03	1,23	(1,18 - 1,28)
06.03	1,21	(1,16 - 1,26)
07.03	1,18	(1,13 - 1,22)
08.03	1,13	(1,09 - 1,18)
09.03	1,15	(1,11 - 1,20)

Salzburg: Altersverteilung II

Tabelle 18: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

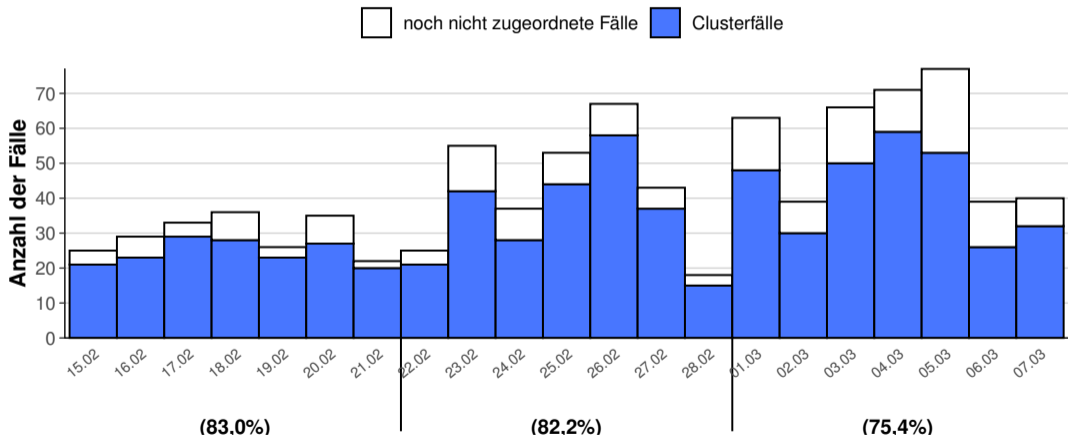
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 02	1.306	18	46.1	78
KW 03	1.177	17	42.4	74
KW 04	976	16	42.4	73
KW 05	835	16	42.7	72
KW 06	679	15	40.7	72
KW 07	779	13	40.5	71
KW 08	993	12	38.2	63
KW 09	1.349	12	39.3	68

Salzburg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 08, KW 09)

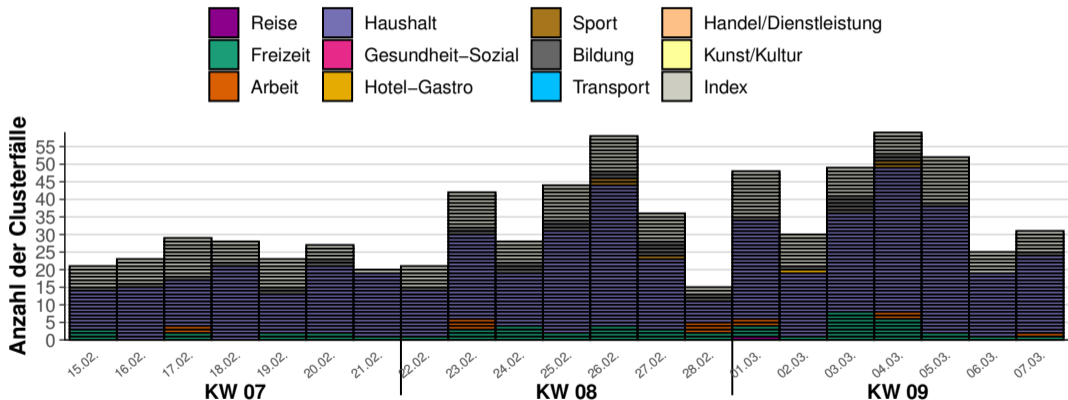
Tabelle 19: Verteilung der Infektionsfälle (KW 06 - KW 09 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 06								KW 07								KW 08								KW 09							
	klinische Manifestation								klinische Manifestation								klinische Manifestation								klinische Manifestation							
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total				
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%					
<6	2	25,0	5	62,5	1	12,5	8	4	25,0	8	50,0	4	25,0	16	10	35,7	9	32,1	9	32,1	28	9	29,0	14	45,2	8	25,8	31				
6-9	2	9,5	11	52,4	8	38,1	21	7	18,9	19	51,4	11	29,7	37	10	26,3	20	52,6	8	21,1	38	17	30,4	25	44,6	14	25,0	56				
10-14	12	35,3	13	38,2	9	26,5	34	12	29,3	16	39,0	13	31,7	41	19	31,7	24	40,0	17	28,3	60	23	28,0	37	45,1	22	26,8	82				
15-19	22	39,3	11	19,6	23	41,1	56	17	30,9	15	27,3	23	41,8	55	38	42,2	28	31,1	24	26,7	90	52	47,3	29	26,4	29	26,4	110				
20-24	29	49,2	9	15,3	21	35,6	59	24	42,1	7	12,3	26	45,6	57	42	51,2	22	26,8	18	22,0	82	57	49,1	24	20,7	35	30,2	116				
Total	67	37,6	49	27,5	62	34,8	178	64	31,1	65	31,6	77	37,4	206	119	39,9	103	34,6	76	25,5	298	158	40,0	129	32,7	108	27,3	395				

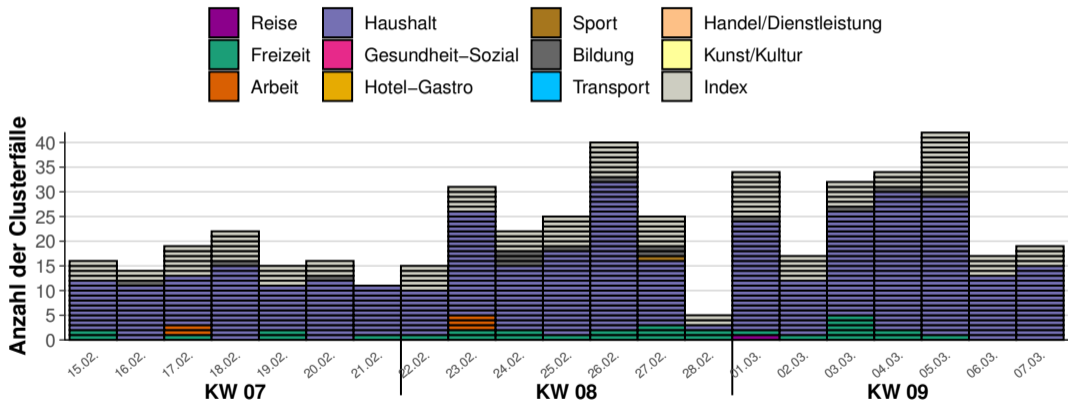
Salzburg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



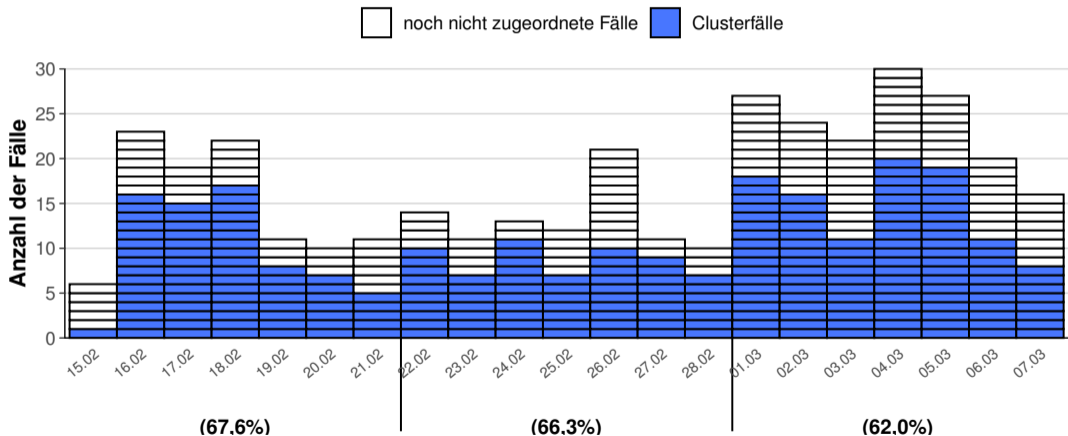
Salzburg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Zeitlicher Verlauf bis 11.03.2021

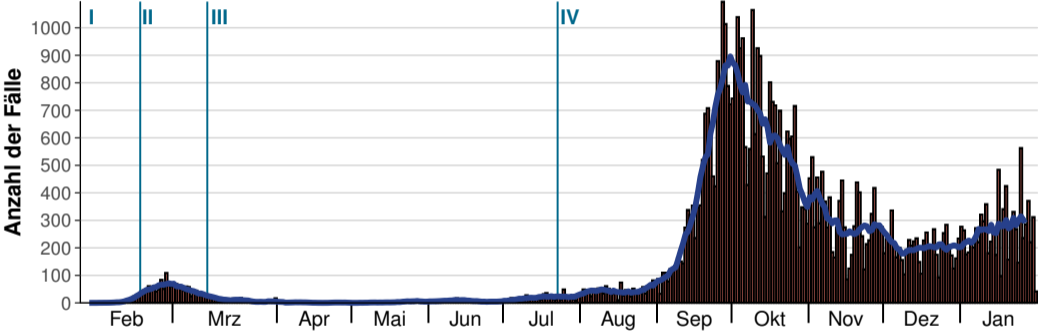


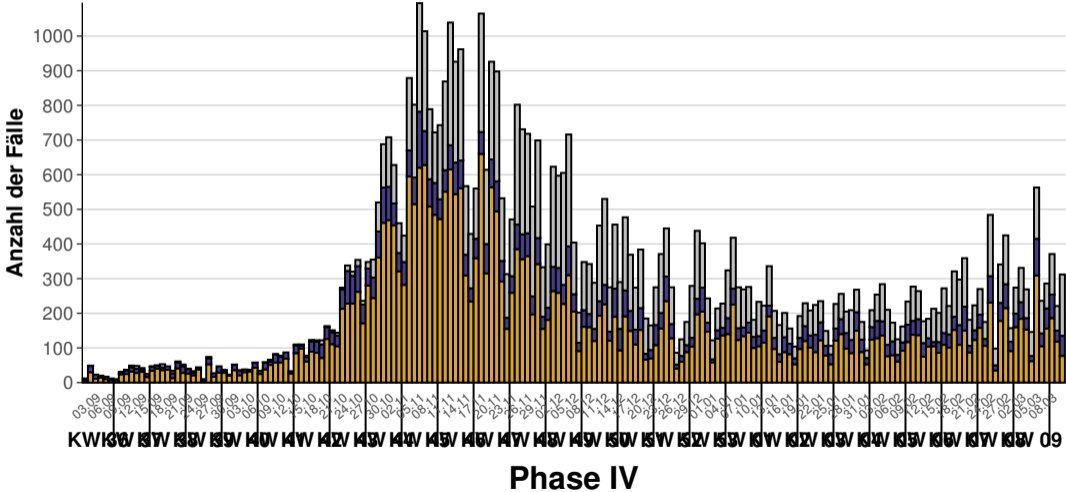
Abbildung 21: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Steiermark: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

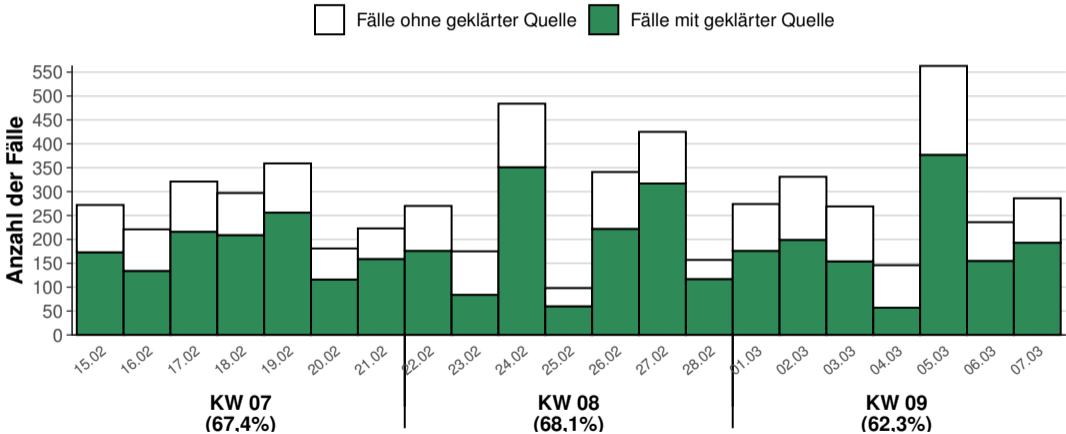
	04	05	06	07	08	09
Fälle ¹ Steiermark (N)	1.433	1.417	1.550	1.874	1.950	2.105
Anteil asymptomatisch	18,7%	17,1%	15,6%	15,1%	15,2%	16,0%
Fälle asymptomatisch (n)	268	243	242	283	297	336
Fälle ungeklärt ² (n)	553	508	507	611	623	794
Indexfälle ³ (n)	291	271	292	354	352	304
Anteil geklärt	61,4%	64,1%	67,3%	67,4%	68,1%	62,3%
Fälle geklärt ⁴ (n)	880	909	1.043	1.263	1.327	1.311
Clusterfälle ⁵ (n)	1.103	1.147	1.293	1.570	1.628	1.554
sporadisch importierte Fälle (n)	8	8	11	4	6	5
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	810	876	999	1.215	1.275	1.249
Haushalt	62,2%	61,5%	58,7%	60,7%	64,1%	66,6%
Freizeit	12,3%	13,0%	16,0%	14,1%	16,6%	14,3%
Gesundheit-Sozial	16,4%	13,4%	8,8%	4,5%	3,1%	2,0%
Arbeit	6,0%	8,2%	13,2%	15,1%	9,1%	5,9%
Hotel-Gastro	0,4%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%
Bildung	1,4%	2,4%	1,3%	4,0%	4,8%	9,0%
Transport	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,3%
Reise	0,7%	0,7%	0,3%	0,4%	0,5%	0,5%
Haushalt (n)	504	539	586	738	817	832
Bildung (n)	11	21	13	48	61	112
Gesundheit-Sozial (n)	133	117	88	55	40	25
Reise (n)	6	6	3	5	6	6

Steiermark: Phase IV 01.09.2020 – 11.03.2021

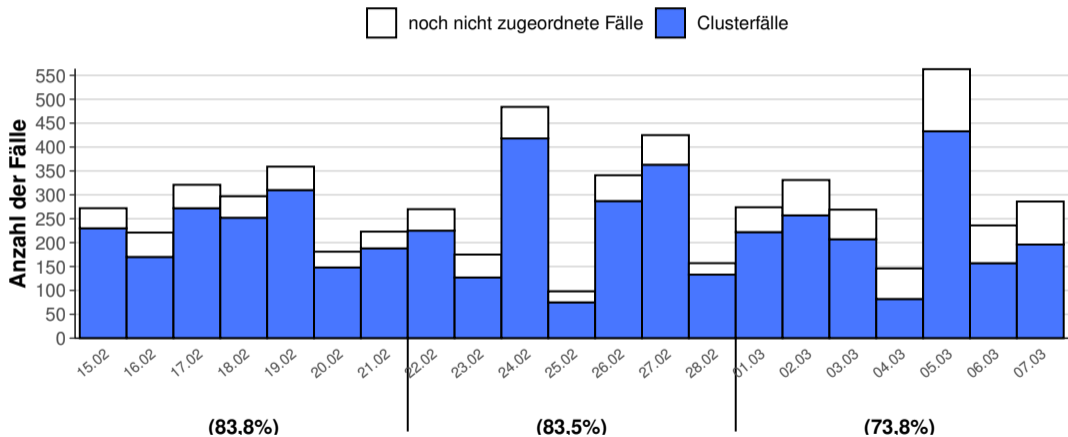
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Steiermark: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Epidemiologische Parameter I

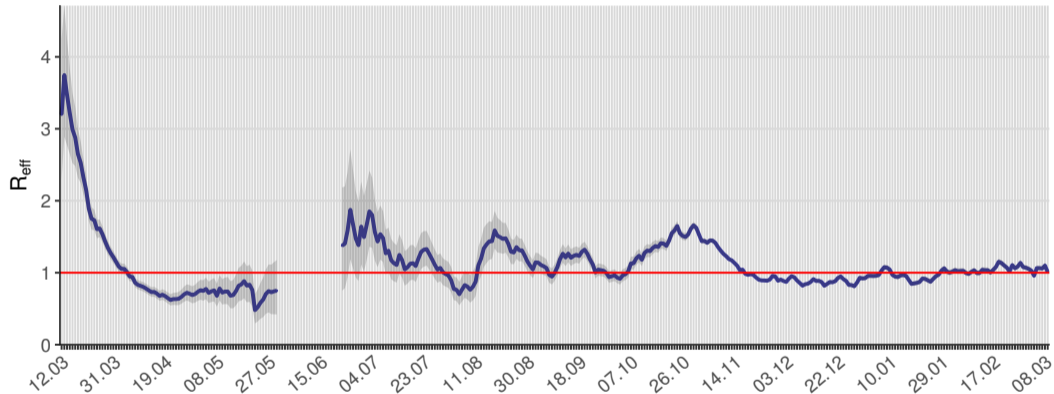


Abbildung 22: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 10.03. und 11.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Steiermark)

Steiermark: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 20: Schätzwerte des R_{eff} vom 28.02. bis zum 09.03.. (Steiermark)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
28.02	1,08	(1,04 - 1,11)
01.03	1,07	(1,04 - 1,11)
02.03	1,05	(1,02 - 1,09)
03.03	1,03	(1,00 - 1,06)
04.03	0,96	(0,93 - 0,99)
05.03	1,06	(1,03 - 1,10)
06.03	1,06	(1,03 - 1,10)
07.03	1,06	(1,02 - 1,09)
08.03	1,10	(1,07 - 1,13)
09.03	1,01	(0,98 - 1,04)

Steiermark: Altersverteilung II

Tabelle 21: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

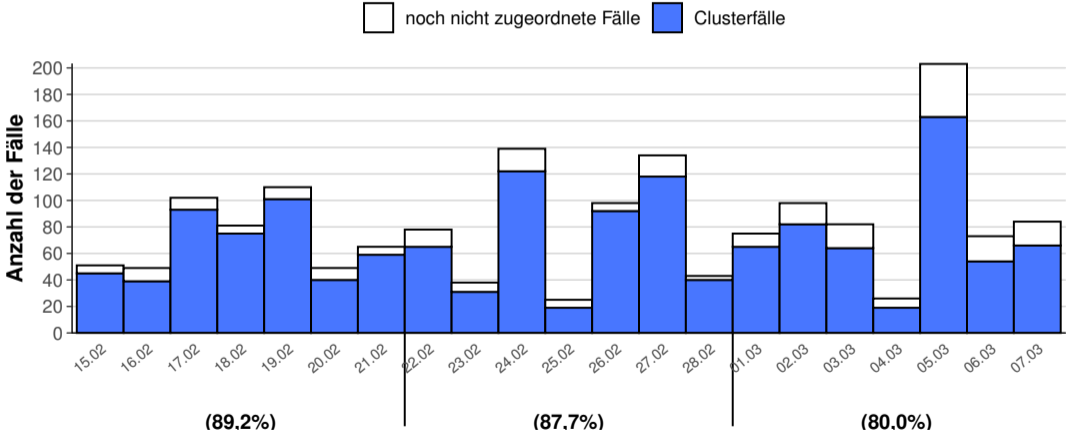
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 02	1.392	20.1	49.0	81.9
KW 03	1.343	19.0	46.7	80.0
KW 04	1.433	18.0	46.1	79.0
KW 05	1.417	14.0	45.2	78.0
KW 06	1.550	15.0	42.7	74.0
KW 07	1.874	12.0	39.9	68.0
KW 08	1.950	10.0	39.8	69.0
KW 09	2.105	10.0	39.1	68.0

Steiermark: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 08, KW 09)

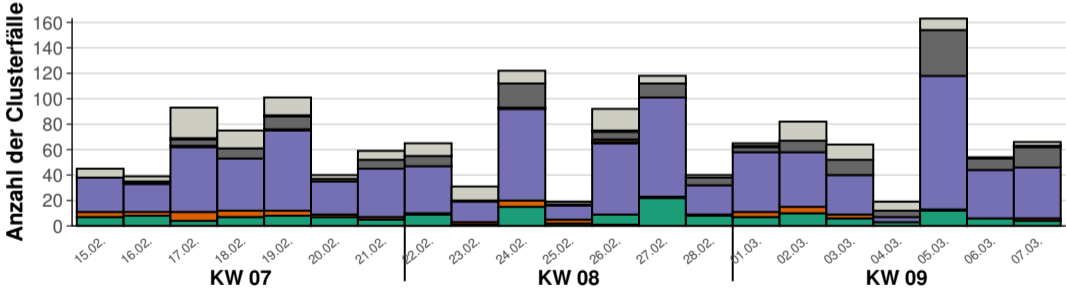
Tabelle 22: Verteilung der Infektionsfälle (KW 06 - KW 09 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 06							KW 07							KW 08							KW 09									
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total			
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.					
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<6	14	35,0	13	32,5	13	32,5	40	25	33,8	17	23,0	32	43,2	74	34	33,0	34	33,0	35	34,0	103	32	45,1	22	31,0	17	23,9	71			
6-9	15	27,3	23	41,8	17	30,9	55	12	17,6	22	32,4	34	50,0	68	31	39,2	24	30,4	24	30,4	79	36	26,1	51	37,0	51	37,0	138			
10-14	19	35,2	12	22,2	23	42,6	54	22	24,7	20	22,5	47	52,8	89	35	34,7	24	23,8	42	41,6	101	59	45,0	33	25,2	39	29,8	131			
15-19	46	47,9	18	18,8	32	33,3	96	66	49,3	21	15,7	47	35,1	134	74	56,9	16	12,3	40	30,8	130	85	54,5	30	19,2	41	26,3	156			
20-24	53	45,7	17	14,7	46	39,7	116	69	48,6	13	9,2	60	42,3	142	71	50,0	8	5,6	63	44,4	142	84	57,9	14	9,7	47	32,4	145			
Total	147	40,7	83	23,0	131	36,3	361	194	38,3	93	18,3	220	43,4	507	245	44,1	106	19,1	204	36,8	555	296	46,2	150	23,4	195	30,4	641			

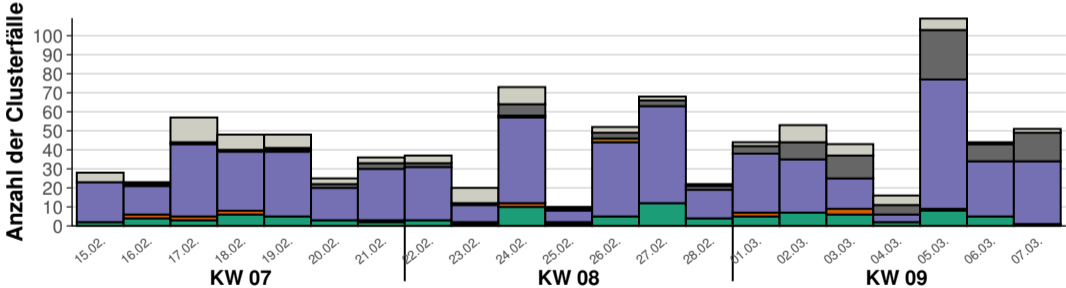
Steiermark: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



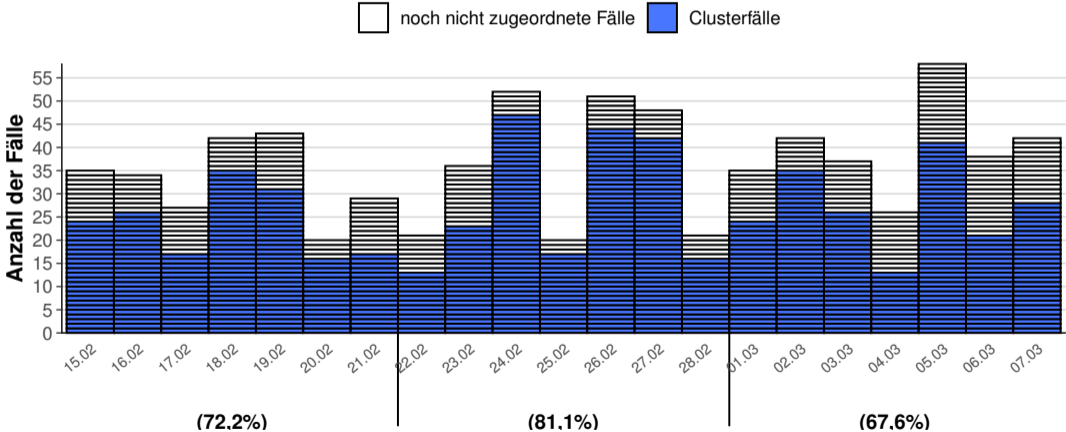
Steiermark: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



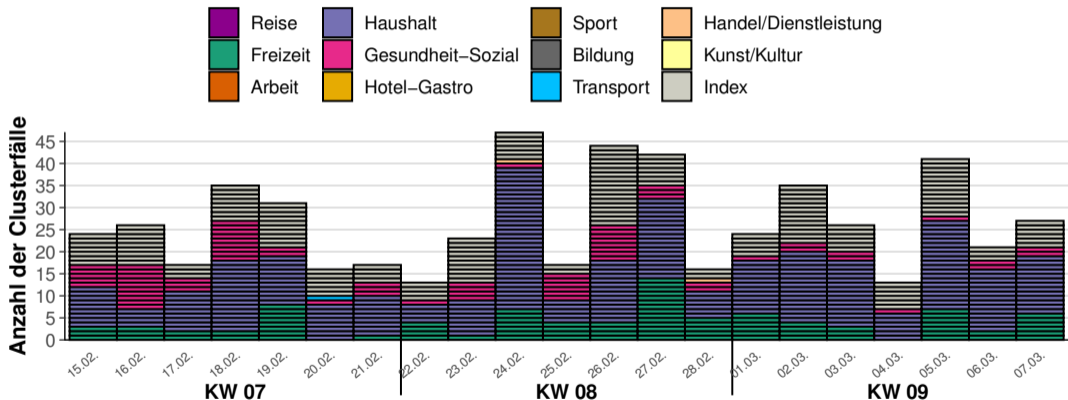
Steiermark: Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Zeitlicher Verlauf bis 11.03.2021

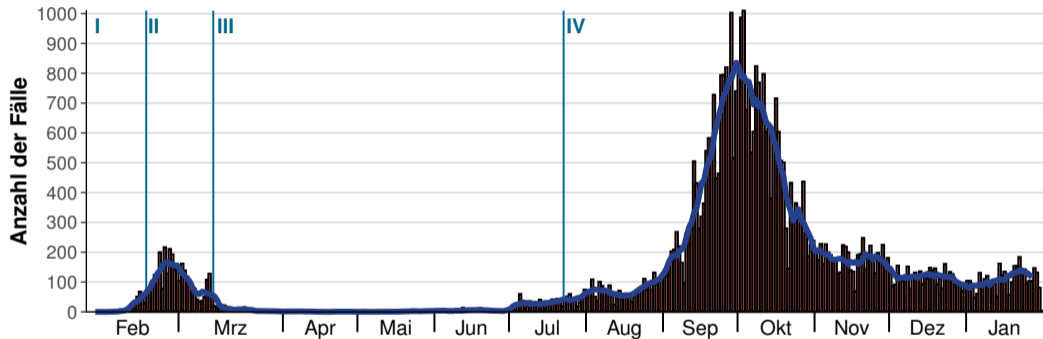


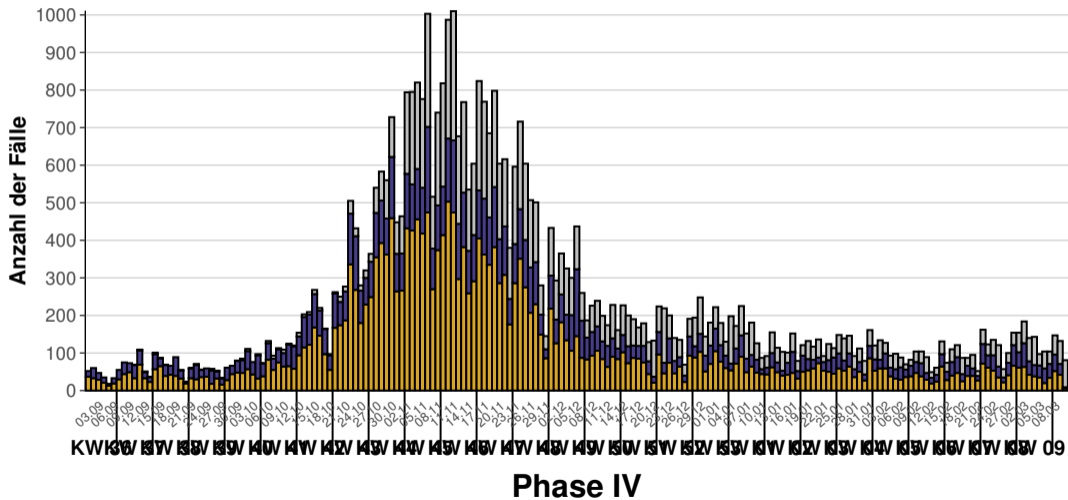
Abbildung 24: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Tirol: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

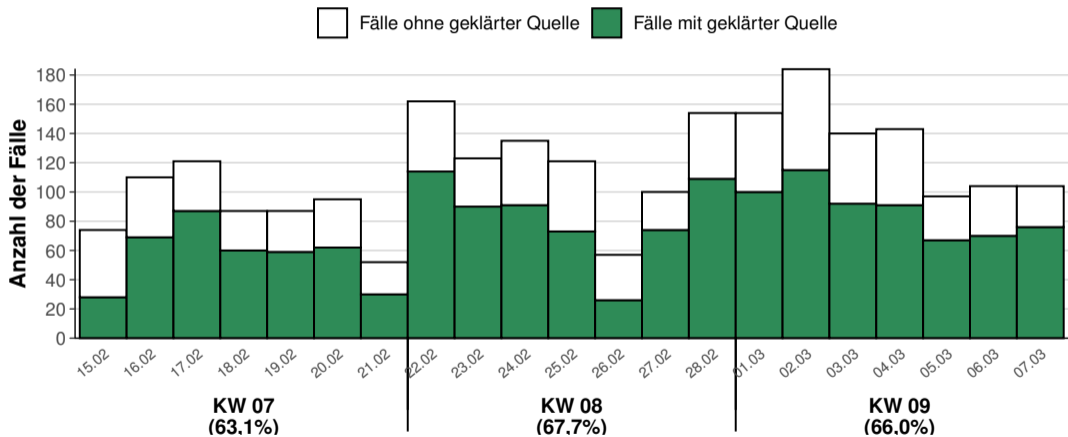
	04	05	06	07	08	09
Fälle ¹ Tirol (N)	877	730	620	626	852	926
Anteil asymptomatisch	22,6%	26,6%	28,4%	28,4%	30,0%	30,0%
Fälle asymptomatisch (n)	198	194	176	178	256	278
Fälle ungeklärt ² (n)	332	253	218	231	275	315
Indexfälle ³ (n)	186	126	120	139	162	159
Anteil geklärt	62,1%	65,3%	64,8%	63,1%	67,7%	66,0%
Fälle geklärt ⁴ (n)	545	477	402	395	577	611
Clusterfälle ⁵ (n)	660	534	475	481	679	691
sporadisch importierte Fälle (n)	5	10	4	11	6	7
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	471	406	355	340	517	528
Haushalt	61,1%	65,5%	62,3%	65,6%	64,8%	67,6%
Freizeit	22,3%	20,2%	20,3%	22,4%	22,4%	25,4%
Gesundheit-Sozial	11,0%	11,8%	3,1%	0,9%	0,4%	0,2%
Arbeit	2,5%	1,2%	12,4%	6,2%	3,7%	1,9%
Hotel-Gastro	0,2%	0,0%	0,3%	0,9%	1,5%	0,4%
Bildung	1,1%	1,2%	0,6%	2,9%	5,6%	3,6%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Reise	1,1%	0,0%	1,1%	0,9%	1,2%	0,2%
Haushalt (n)	288	266	221	223	335	357
Bildung (n)	5	5	2	10	29	19
Gesundheit-Sozial (n)	52	48	11	3	2	1
Reise (n)	5	0	4	3	6	1

Tirol: Phase IV 01.09.2020 – 11.03.2021

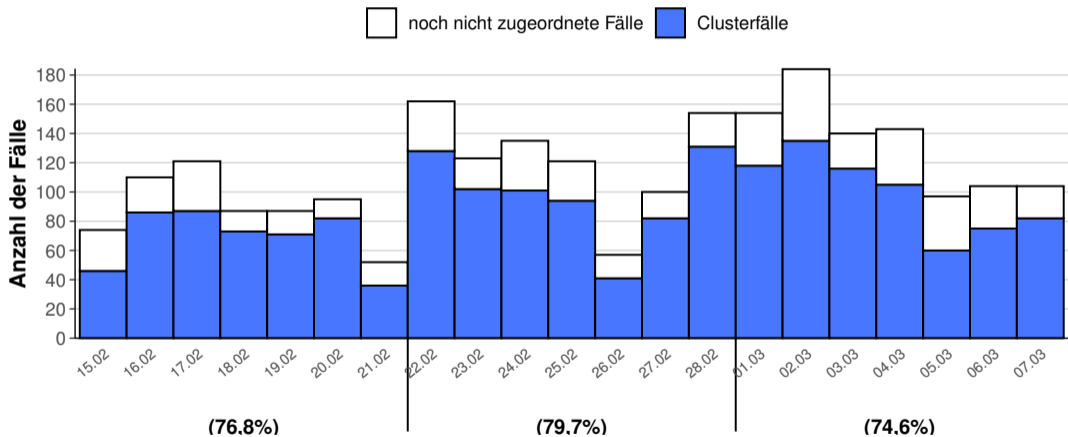
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



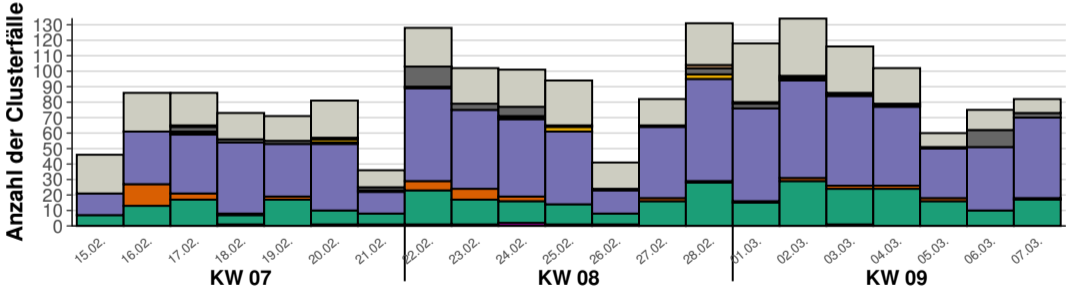
Tirol: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Epidemiologische Parameter I

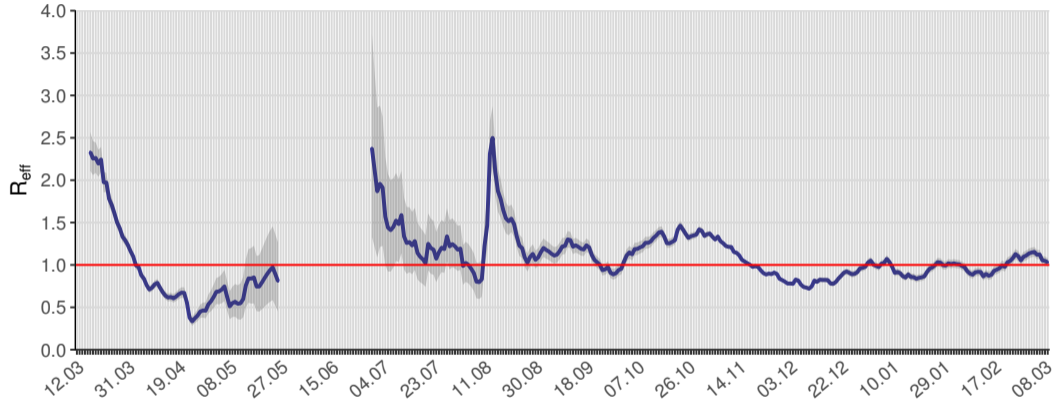


Abbildung 25: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 10.03. und 11.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Tirol)

Tirol: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 23: Schätzwerte des R_{eff} vom 28.02. bis zum 09.03.. (Tirol)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
28.02	1,10	(1,04 - 1,15)
01.03	1,11	(1,05 - 1,17)
02.03	1,14	(1,08 - 1,19)
03.03	1,15	(1,09 - 1,20)
04.03	1,15	(1,10 - 1,21)
05.03	1,12	(1,07 - 1,18)
06.03	1,12	(1,07 - 1,18)
07.03	1,05	(1,00 - 1,11)
08.03	1,05	(1,00 - 1,10)
09.03	1,03	(0,98 - 1,08)

Tirol: Altersverteilung II

Tabelle 24: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

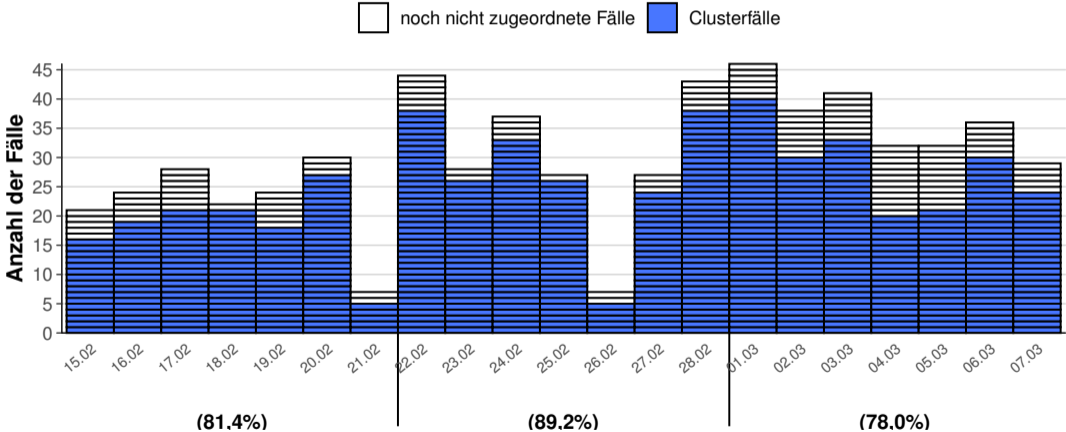
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 02	796	19	44.8	76.0
KW 03	835	18	44.3	72.0
KW 04	877	16	42.5	72.0
KW 05	730	18	42.6	70.0
KW 06	620	16	42.2	70.0
KW 07	626	13	40.0	67.5
KW 08	852	10	40.5	68.0
KW 09	926	13	39.6	66.0

Tirol: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 08, KW 09)

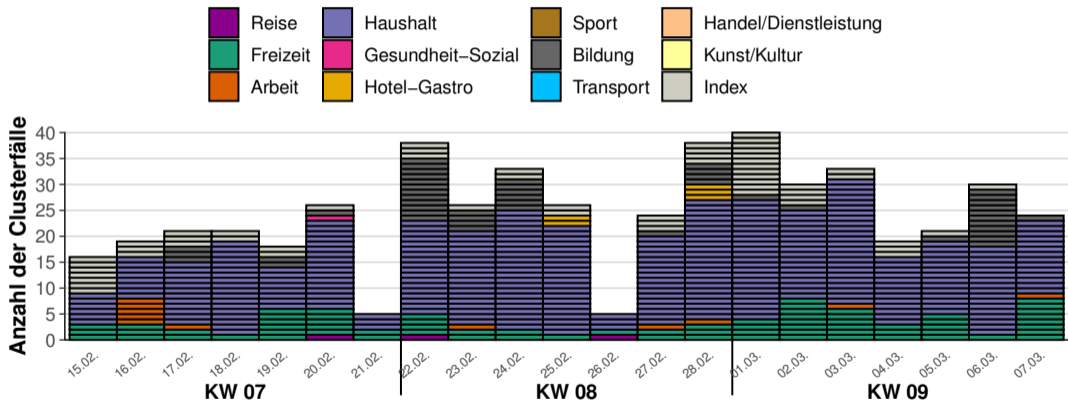
Tabelle 25: Verteilung der Infektionsfälle (KW 06 - KW 09 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 06							KW 07							KW 08							KW 09							
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<6	2	18,2	4	36,4	5	45,5	11	6	28,6	7	33,3	8	38,1	21	13	40,6	14	43,8	5	15,6	32	5	18,5	15	55,6	7	25,9	27	
6-9	7	43,8	7	43,8	2	12,5	16	5	21,7	11	47,8	7	30,4	23	21	39,6	22	41,5	10	18,9	53	5	15,2	19	57,6	9	27,3	33	
10-14	8	28,6	14	50,0	6	21,4	28	9	32,1	11	39,3	8	28,6	28	10	30,3	11	33,3	12	36,4	33	13	26,5	20	40,8	16	32,7	49	
15-19	11	36,7	6	20,0	13	43,3	30	11	33,3	6	18,2	16	48,5	33	13	32,5	9	22,5	18	45,0	40	21	32,8	14	21,9	29	45,3	64	
20-24	28	50,9	8	14,5	19	34,5	55	14	27,5	17	33,3	20	39,2	51	26	47,3	15	27,3	14	25,5	55	21	25,9	26	32,1	34	42,0	81	
Total	56	40,0	39	27,9	45	32,1	140	45	28,8	52	33,3	59	37,8	156	83	39,0	71	33,3	59	27,7	213	65	25,6	94	37,0	95	37,4	254	

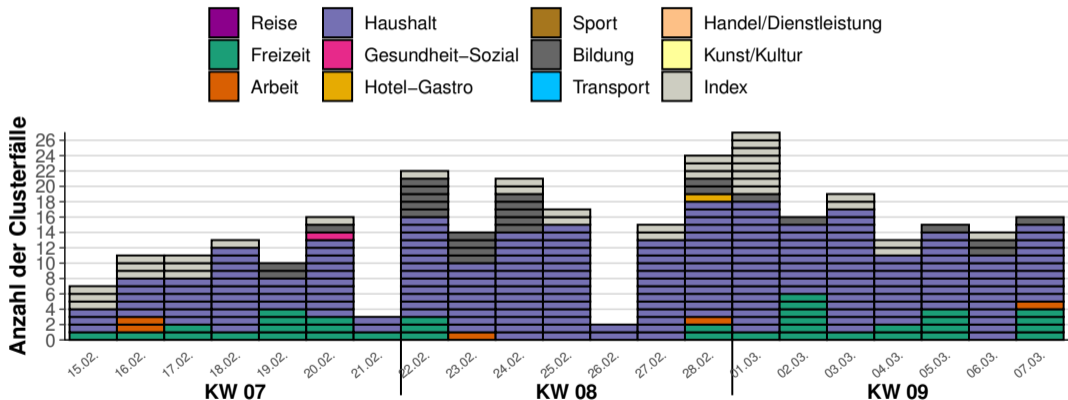
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



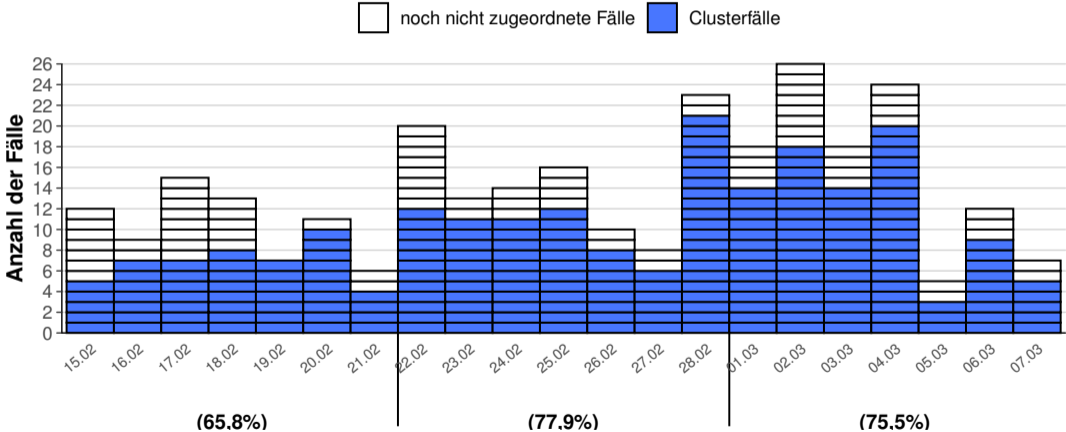
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei 6-19-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Vorarlberg: Zeitlicher Verlauf bis 11.03.2021

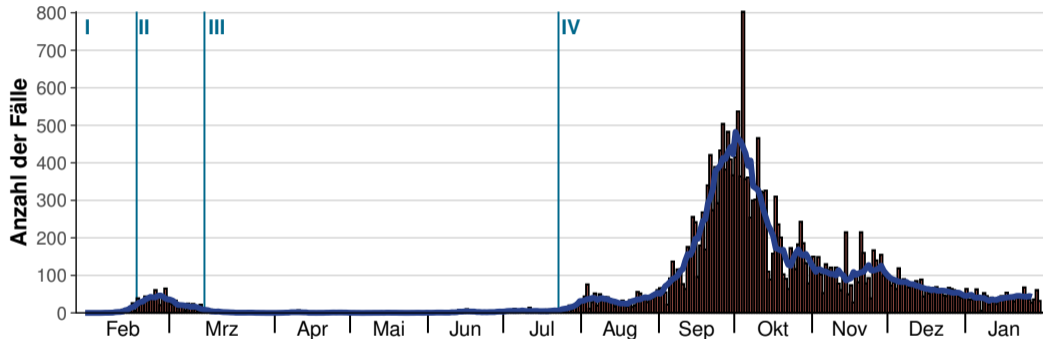


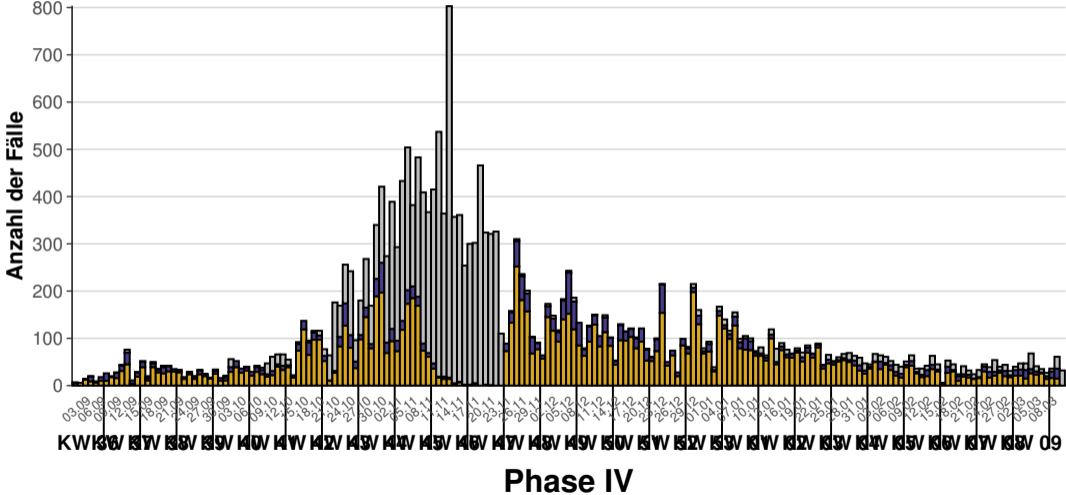
Abbildung 27: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Vorarlberg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

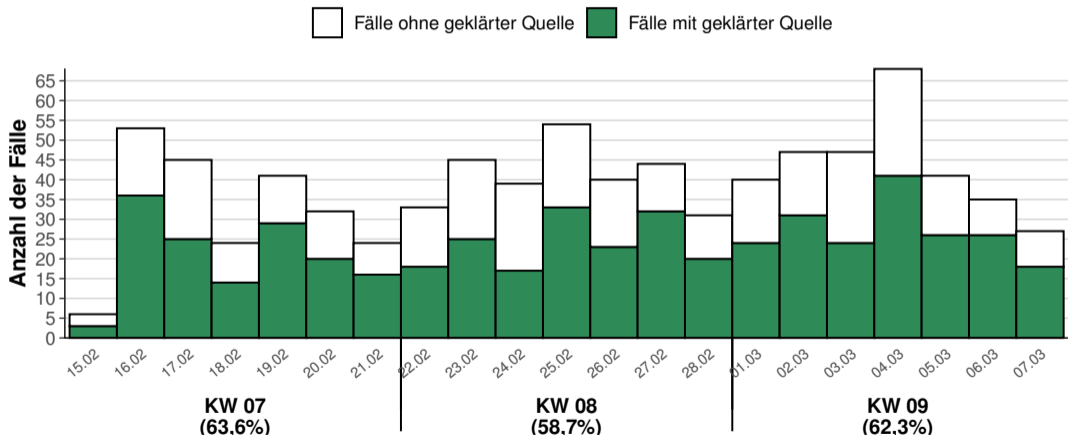
	04	05	06	07	08	09
Fälle ¹ Vorarlberg (N)	417	373	337	225	286	305
Anteil asymptomatisch	10,8%	13,7%	15,1%	17,3%	18,2%	22,0%
Fälle asymptomatisch (n)	45	51	51	39	52	67
Fälle ungeklärt ² (n)	160	154	144	82	118	115
Indexfälle ³ (n)	81	71	56	35	60	49
Anteil geklärt	61,6%	58,7%	57,3%	63,6%	58,7%	62,3%
Fälle geklärt ⁴ (n)	257	219	193	143	168	190
Clusterfälle ⁵ (n)	318	278	238	166	216	213
sporadisch importierte Fälle (n)	2	2	6	5	1	2
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	237	207	182	131	155	164
Haushalt	65,4%	60,4%	64,3%	68,7%	70,3%	71,3%
Freizeit	15,6%	16,4%	17,0%	16,0%	16,8%	11,6%
Gesundheit-Sozial	5,5%	5,8%	6,0%	6,9%	4,5%	3,0%
Arbeit	8,0%	11,6%	8,2%	5,3%	7,1%	5,5%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%
Bildung	0,4%	1,4%	1,6%	1,5%	0,6%	4,3%
Transport	0,4%	1,9%	2,2%	0,8%	0,0%	0,0%
Reise	2,1%	0,5%	0,5%	0,8%	0,6%	1,2%
Haushalt (n)	155	125	117	90	109	117
Bildung (n)	1	3	3	2	1	7
Gesundheit-Sozial (n)	13	12	11	9	7	5
Reise (n)	5	1	1	1	1	2

Vorarlberg: Phase IV 01.09.2020 – 11.03.2021

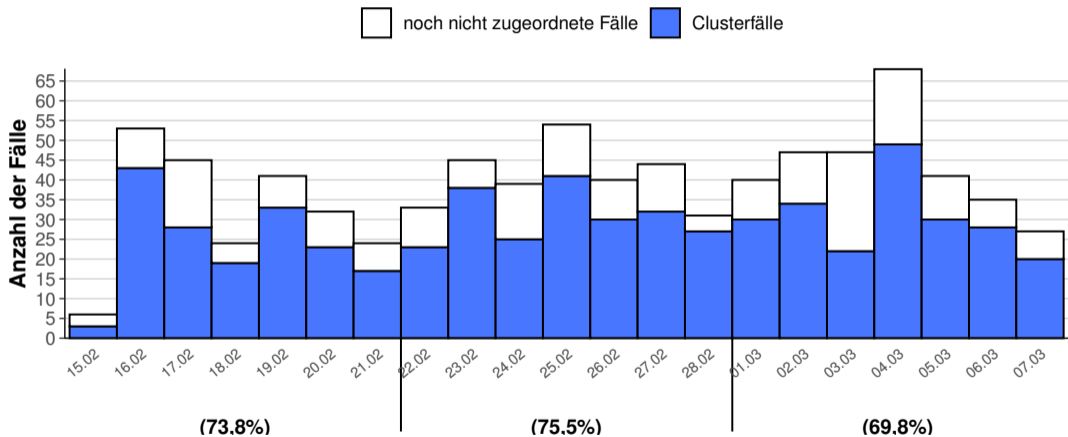
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



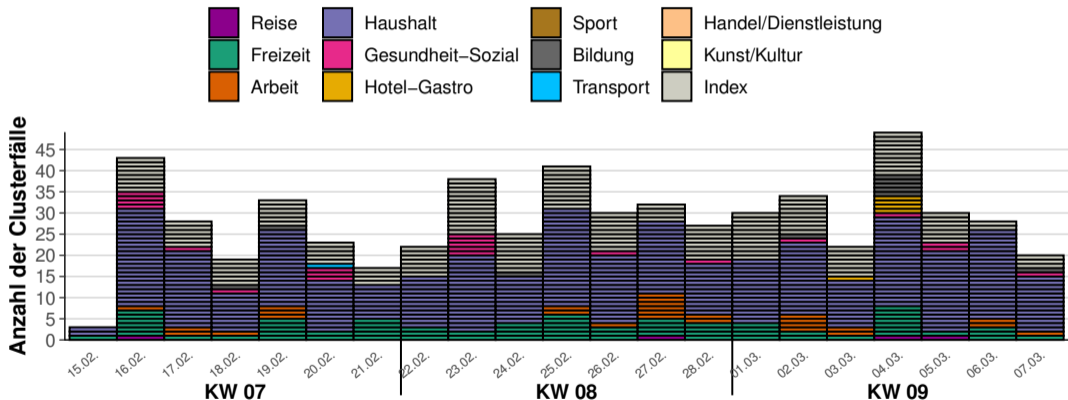
Vorarlberg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Epidemiologische Parameter I

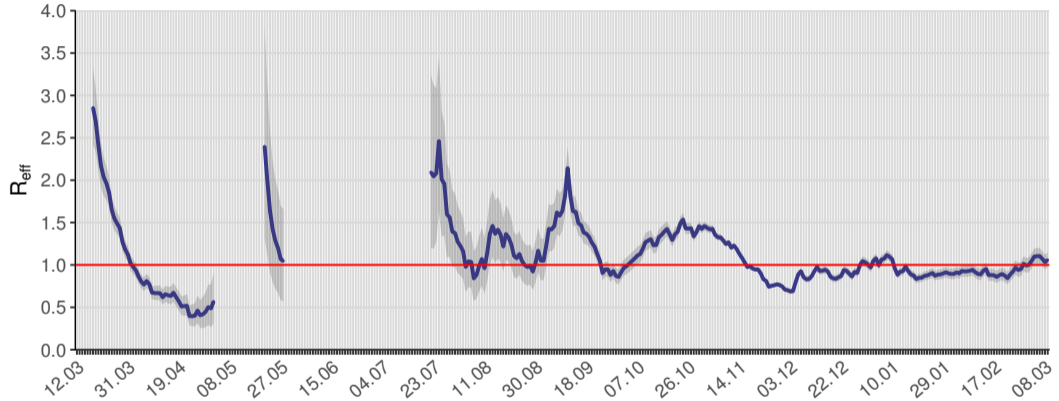


Abbildung 28: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 10.03. und 11.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Vorarlberg)

Vorarlberg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 26: Schätzwerte des R_{eff} vom 28.02. bis zum 09.03.. (Vorarlberg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
28.02	1,01	(0,93 - 1,10)
01.03	0,99	(0,91 - 1,08)
02.03	1,00	(0,91 - 1,09)
03.03	1,05	(0,96 - 1,14)
04.03	1,10	(1,01 - 1,19)
05.03	1,10	(1,01 - 1,20)
06.03	1,11	(1,02 - 1,20)
07.03	1,07	(0,98 - 1,16)
08.03	1,03	(0,95 - 1,12)
09.03	1,06	(0,97 - 1,15)

Vorarlberg: Altersverteilung II

Tabelle 27: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 02	576	18.0	43.2	70.5
KW 03	500	16.0	43.2	70.0
KW 04	417	16.0	41.7	69.0
KW 05	373	16.0	38.9	63.0
KW 06	337	12.0	42.1	69.0
KW 07	225	9.0	38.4	68.0
KW 08	286	10.0	40.0	71.5
KW 09	305	10.4	38.1	61.0

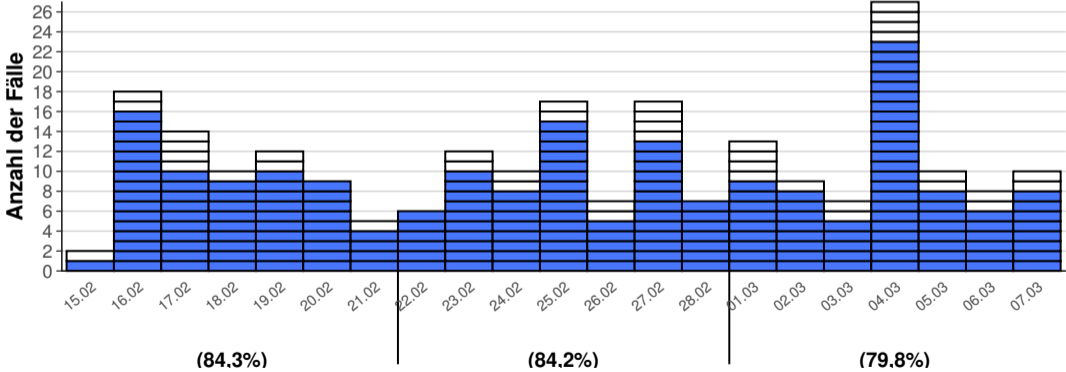
Vorarlberg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 08, KW 09)

Tabelle 28: Verteilung der Infektionsfälle (KW 06 - KW 09 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

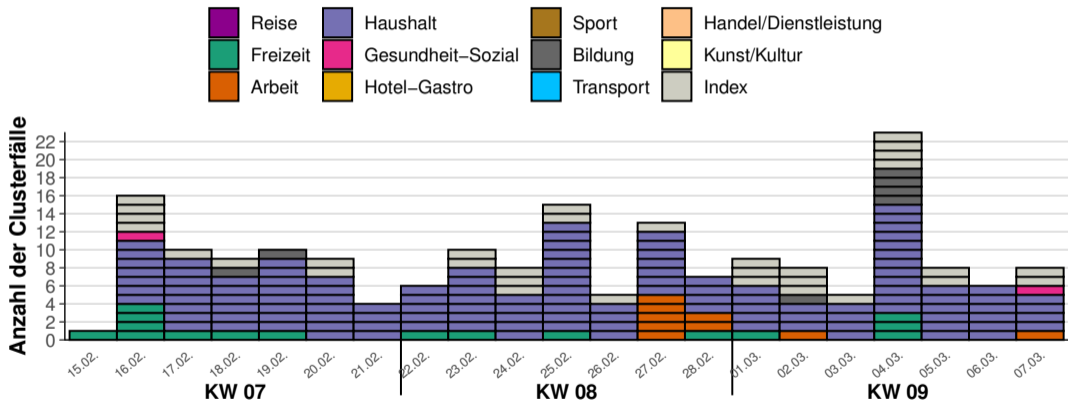
Alter	KW 06							KW 07							KW 08							KW 09						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	8	80,0	2	20,0	0	0,0	10	5	62,5	0	0,0	3	37,5	8	8	53,3	3	20,0	4	26,7	15	9	69,2	3	23,1	1	7,7	13
6-9	5	45,5	2	18,2	4	36,4	11	7	41,2	6	35,3	4	23,5	17	2	18,2	4	36,4	5	45,5	11	7	41,2	5	29,4	5	29,4	17
10-14	15	78,9	1	5,3	3	15,8	19	10	71,4	4	28,6	0	0,0	14	3	21,4	4	28,6	7	50,0	14	4	26,7	3	20,0	8	53,3	15
15-19	13	54,2	5	20,8	6	25,0	24	9	75,0	2	16,7	1	8,3	12	7	38,9	3	16,7	8	44,4	18	10	58,8	4	23,5	3	17,6	17
20-24	14	63,6	4	18,2	4	18,2	22	10	52,6	3	15,8	6	31,6	19	5	27,8	4	22,2	9	50,0	18	14	63,6	3	13,6	5	22,7	22
Total	55	64,0	14	16,3	17	19,8	86	41	58,6	15	21,4	14	20,0	70	25	32,9	18	23,7	33	43,4	76	44	52,4	18	21,4	22	26,2	84

Vorarlberg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW

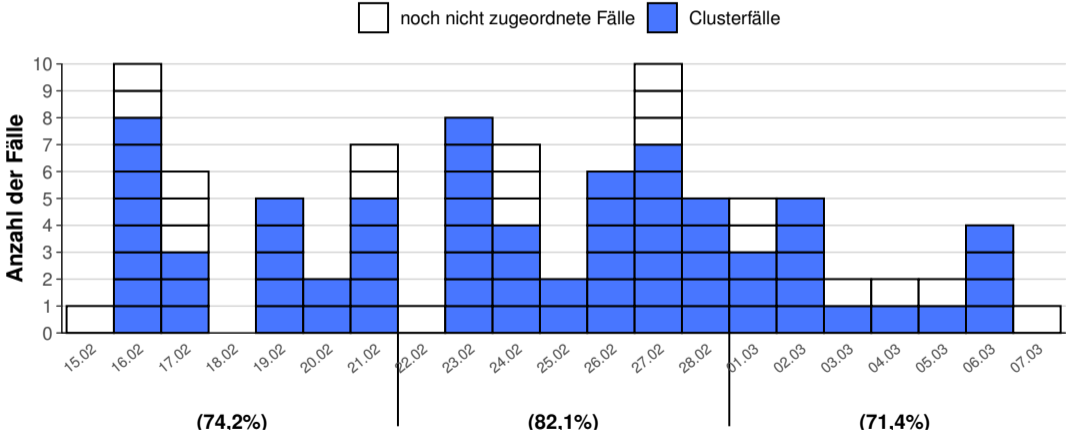
□ noch nicht zugeordnete Fälle ■ Clusterfälle



Vorarlberg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Wien: Zeitlicher Verlauf bis 11.03.2021

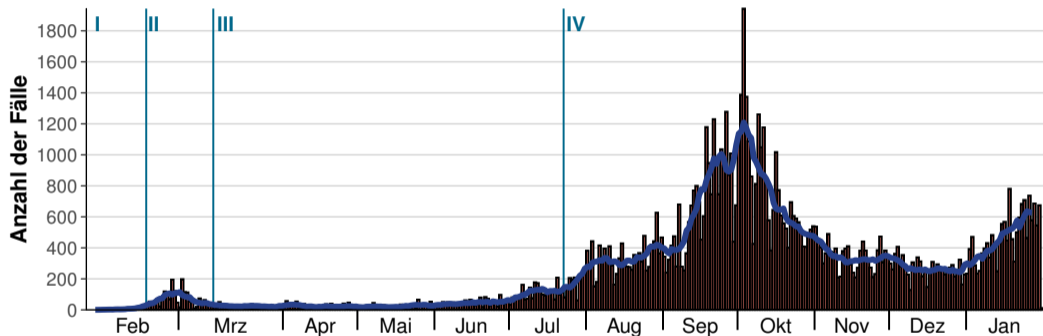


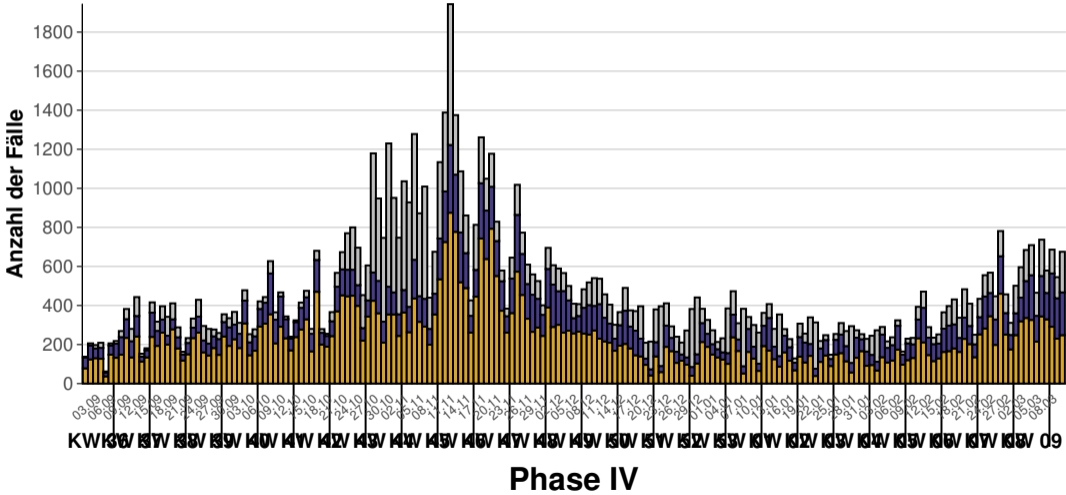
Abbildung 30: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Wien: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	04	05	06	07	08	09
Fälle ¹ Wien (N)	1.884	1.767	2.254	2.697	3.559	4.274
Anteil asymptomatisch	40,8%	39,7%	42,5%	45,3%	46,1%	41,3%
Fälle asymptomatisch (n)	768	702	957	1.222	1.641	1.764
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.147	1.140	1.363	1.671	1.977	-
Haushalt	61,0%	68,5%	74,1%	70,8%	70,0%	-
Gesundheit-Sozial	27,7%	14,5%	8,3%	6,2%	4,4%	-
Arbeit	4,8%	7,7%	7,4%	5,7%	5,7%	-
Bildung	1,8%	3,4%	3,5%	10,3%	14,6%	-
Freizeit	4,7%	5,0%	5,7%	6,2%	5,3%	-
Hotel-Gastro	0,0%	0,6%	0,5%	0,4%	0,0%	-
Reise	0,0%	0,3%	0,5%	0,4%	0,0%	-

Wien: Phase IV 01.09.2020 – 11.03.2021

Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Wien: Epidemiologische Parameter I

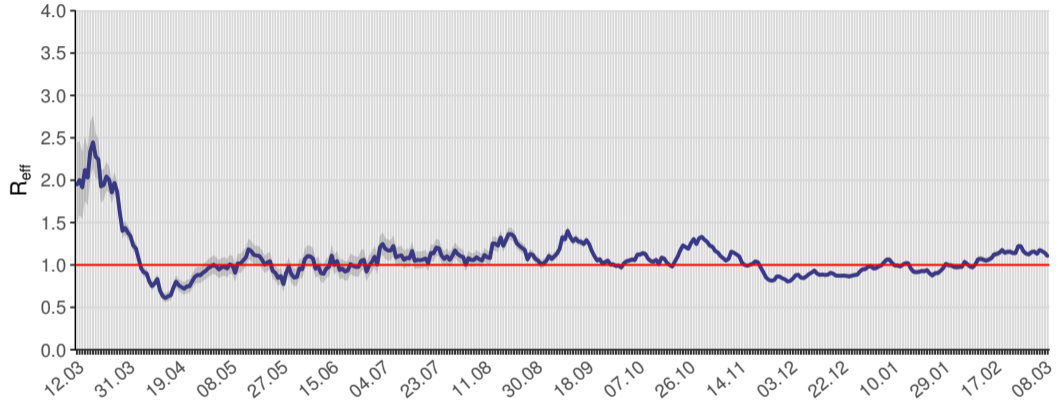


Abbildung 31: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 10.03. und 11.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Wien)

Wien: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 29: Schätzwerte des R_{eff} vom 28.02. bis zum 09.03.. (Wien)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
28.02	1,16	(1,13 - 1,19)
01.03	1,13	(1,10 - 1,16)
02.03	1,12	(1,10 - 1,15)
03.03	1,15	(1,13 - 1,18)
04.03	1,16	(1,13 - 1,19)
05.03	1,13	(1,10 - 1,16)
06.03	1,18	(1,15 - 1,20)
07.03	1,16	(1,13 - 1,19)
08.03	1,14	(1,12 - 1,17)
09.03	1,10	(1,08 - 1,13)

Wien: Altersverteilung II

Tabelle 30: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
KW 02	2.039	19.0	47.3	83.0
KW 03	1.829	18.0	46.6	82.0
KW 04	1.882	16.0	43.8	78.9
KW 05	1.749	16.8	42.2	74.0
KW 06	2.104	12.0	39.1	67.0
KW 07	2.672	10.0	37.8	67.0
KW 08	3.553	9.0	36.6	64.0
KW 09	4.271	9.0	36.2	62.0

Wien: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 08, KW 09)

Tabelle 31: Verteilung der Infektionsfälle (KW 06 - KW 09 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 06								KW 07								KW 08								KW 09							
	klinische Manifestation								klinische Manifestation								klinische Manifestation								klinische Manifestation							
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total				
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%		
<6	25	45,5	27	49,1	3	5,5	55	73	56,6	32	24,8	24	18,6	129	74	55,2	31	23,1	29	21,6	134	73	51,4	46	32,4	23	16,2	142				
6-9	37	39,8	43	46,2	13	14,0	93	57	43,2	43	32,6	32	24,2	132	111	49,3	72	32,0	42	18,7	225	132	45,5	98	33,8	60	20,7	290				
10-14	56	44,1	53	41,7	18	14,2	127	56	38,9	49	34,0	39	27,1	144	99	48,8	72	35,5	32	15,8	203	121	44,8	95	35,2	54	20,0	270				
15-19	76	52,4	50	34,5	19	13,1	145	74	41,3	46	25,7	59	33,0	179	128	48,9	72	27,5	62	23,7	262	145	50,3	80	27,8	63	21,9	288				
20-24	83	54,2	40	26,1	30	19,6	153	85	42,3	47	23,4	69	34,3	201	156	60,7	41	16,0	60	23,3	257	168	51,7	78	24,0	79	24,3	325				
Total	277	48,3	213	37,2	83	14,5	573	345	43,9	217	27,6	223	28,4	785	568	52,5	288	26,6	225	20,8	1081	639	48,6	397	30,2	279	21,2	1315				

Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich

Finale Fassung vom 04.03.2021

Inhaltsverzeichnis

1	Beschlussgrundlagen und Einstufung der Corona Kommission.....	5
2	Verbreitungsrisiko	8
2.1	Quellen/Clusterabklärung und Symptomatik.....	10
2.2	Entwicklungen in den Altersgruppen	13
2.3	Schultestungen	14
2.4	Altersdurchschnitt	15
2.5	Virusvarianten.....	17
3	Systemrisiko	19
3.1	Aktuelle Prognose des COVID Prognose Konsortiums	21
4	Maßnahmen in ausgewählten Ländern/Ländervergleich.....	24
5	Empfehlungen der Corona Kommission:	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: 7-Tages-Inzidenz und Reff im Zeitverlauf	8
Tabelle 2: Fälle nach Setting des Infektionserwerbs	10
Tabelle 3: Schultestungen	14
Tabelle 4: Vergleich der Inzidenz der vergangenen 14-Tagesperiode (17.02.2021-02.03.2021) zur Inzidenz der 7 Tage überlappenden 14-Tagesperiode (10.02.2021-23.02.2021). (Methode gemäß ECDC weekly report July 2020)16	
Tabelle 5: Anteil der N501Y positiven Fälle an N502Y getesteten Fällen (PCR-basiert oder sequenziert)	17

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kumulative Inzidenz/100.000 EW nach Bezirk der vergangenen 7 Tage (23.02.2021 – 02.03.2021).....	6
Abbildung 2: Anzahl der neu identifizierten Infektionsfälle und kumulative Inzidenz/100.000 EW der vergangenen 7 Tage (23.02.2021 – 02.03.2021) der Bezirke mit einer kumulativen Inzidenz über 200 pro 100.000 EW.....	7
Abbildung 3: Aktive Fälle: Stand 3.3., 09.00 Uhr	8
Abbildung 4: Neue bestätigte Fälle, KW 06-KW 09 im Vergleich	9
Abbildung 5: Testungen in Österreich pro KW	11
Abbildung 6: Anteil Fälle mit pos. Antigentest von bestätigten Fällen pro Kalenderwoche	12
Abbildung 7: Altersverteilung der Fälle (in Prozent) nach Kalenderwoche der Labordiagnose.....	13
Abbildung 8: Inzidenz der Altersgruppen nach Kalenderwoche der Labordiagnose	13
Abbildung 9: Anteil der Clusterfälle mit Transmission in der Schule an allen Clusterfällen, 2020-W36 bis 2020-W45 gegenüber 2021-W07 bis 2021-W09 (bis inkl. 02.03.2021). N_cluster gibt die Anzahl der Cluster der jeweiligen Gruppe an und N_Schule die Anzahl der Fälle im Setting Schule	14
Abbildung 10: Österreich (exklusive Wien), Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.....	15
Abbildung 11: Mortalität pro 100.000 EW nach Altersgruppe und Kalenderwoche, seit 2020 KW 11	15
Abbildung 12: Anteil B.1.1.7 und B.1.351 PCR bestätigt und Sequenzierung bestätigt Österreich über den Zeitverlauf: KW01-08	17
Abbildung 13: Hospitalisierungen und Intensivbetten.....	19
Abbildung 14: Täglicher Zuwachs Hospitalisierungen und täglicher Zuwachs Intensivbetten, 7 Tägiges-Mittel seit 2.11.....	20
Abbildung 15: Schätzung der effektiven Reproduktionszahl für COVID 19 Varianten für den Zeitraum KW 6 bis KW 8	21

Abbildung 16: Österreich , Berichtstag 03.03.2021, Prognose vom 02.03.202122

Abbildung 18: Maßnahmen in ausgewählten Ländern/Ländervergleich.....24

Abkürzungsverzeichnis

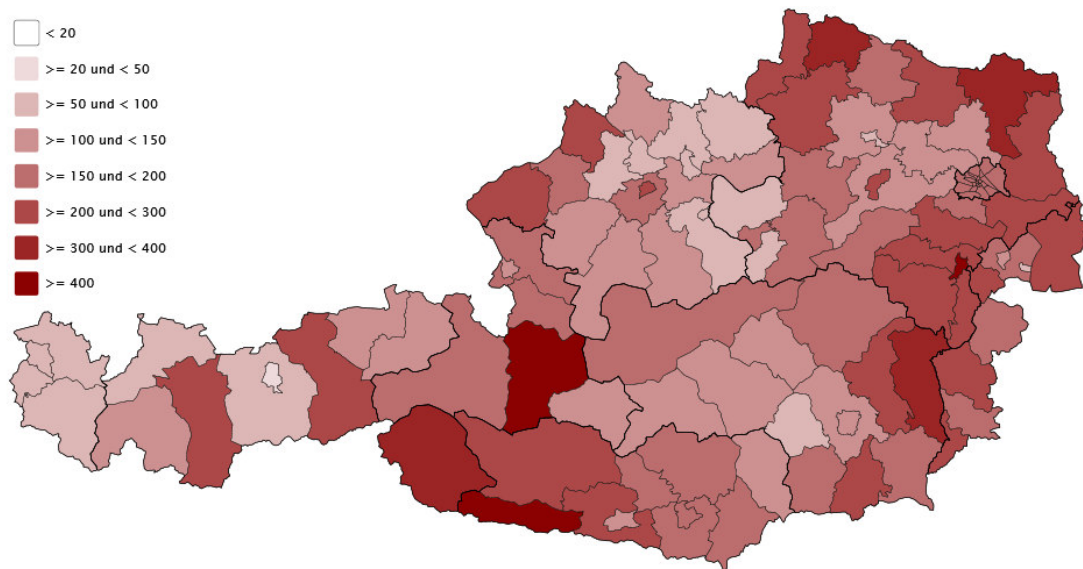
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
COVID-19-SchuMaV	Covid-19 - Schutzmaßnahmenverordnung
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
EW	Einwohner und Einwohnerinnen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ICU	Intensive Care Unit
KW	Kalenderwoche
Reff	Effektive Reproduktionsrate
SKKM	Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement

1 Beschlussgrundlagen und Einstufung der Corona Kommission

Risikoindikatoren		B	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W	Ö
Rohe 7-Tagesinzidenz KW 8		188,8	169,8	198,2	129,4	178,9	156,5	112,3	72,5	184,8	161,8
Rohe 7-Tagesinzidenz 2.3., 24h		189,5	184,9	208,4	132,3	201,3	162,8	105,3	74,5	185,0	167,0
Verbreitungsrisiko	Faktoren für die Adjustierung										
	Trend	27%	16%	29%	20%	29%	15%	14%	3%	22%	22%
		↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	→	↗	↗
	Abgeklärte Fälle	59%	43%	45%	51%	52%	55%	67%	59%	72%	56%
	Asymptomatische Fälle	30%	34%	35%	21%	29%	17%	30%	17%	50%	33%
	Risikoadjustierung										
	Effektgröße	19%	20%	24%	28%	28%	30%	6%	20%	-3%	15%
Risikoadjustierte 7-Tagesinzidenz	225,5	204,4	245,2	166,3	228,8	204,2	119,3	87,2	178,7	186,1	
Systemrisiko	Ist-Belag ICU 3.3.21	25,0%	9,9%	24,0%	8,4%	10,9%	10,2%	12,7%	11,5%	20,9%	15,5%
	Prognose ICU (max. Auslastung 14 Tage)	34,4%	13,8%	33,6%	8,4%	17,2%	14,3%	15,1%	11,5%	28,6%	20,8%
Qualitative Indikatoren	Testungen je 100.000 Ew.	26 322	11 314	20 337	18 425	14 831	17 207	25 339	21 456	17 245	18 674
	R _{eff}										
	R _{eff} absolut 1.3	1,16	1,05	1,18	1,10	1,18	1,07	1,11	0,99	1,13	1,12
	Variants of concern										
	Prävalenz N501Y-Positive in % per 3.3.21	88,1%	62,1%	63,6%	51,1%	78,9%	51,6%	55,8%	30,3%	72,3%	63,8%
	Trend Prävalenz N501Y-Positive in % per 3.3.22	↗	↗	stabil	↗	↗	↗	↗	stabil	↗	↗
Verweildauer in Risikostufe											
Einstufung per 4.3.		sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko

Abbildung 1:
Kumulative Inzidenz/100.000 EW nach Bezirk der vergangenen 7 Tage (23.02.2021 –
02.03.2021)

7-Tages-Inzidenz nach Bezirk



Es gilt die regionale Falldefinition.
7-Tagesinzidenz in Wiener Bezirken entspricht dem Landesdurchschnitt.
Quelle: AGES Lagebericht, Stand: 03.03.2021

Abbildung 2:

Anzahl der neu identifizierten Infektionsfälle und kumulative Inzidenz/100.000 EW der vergangenen 7 Tage (23.02.2021 – 02.03.2021) der Bezirke mit einer kumulativen Inzidenz über 200 pro 100.000 EW

Bezirke mit einer 7-Tages-Inzidenz von über 200 pro 100.000 EW

Bezirk	Fälle	in %	pro 100.000 EW
Hermagor	122	0,8	675,8
Sankt Johann im Pongau	382	2,6	470,5
Wiener Neustadt(Stadt)	208	1,4	453,9
Waidhofen an der Thaya	93	0,6	362,1
Hartberg-Fürstenfeld	293	2,0	323,4
Lienz	154	1,0	316,0
Braunau am Inn	319	2,1	302,2
Baden	435	2,9	296,4
Mistelbach	218	1,5	288,3
Wiener Neustadt(Land)	214	1,4	273,3
Neunkirchen	235	1,6	272,2
Gänserndorf	274	1,8	261,5
Jennersdorf	41	0,3	239,8
Bruck an der Leitha	236	1,6	227,5
Hollabrunn	115	0,8	225,3
Mattersburg	90	0,6	224,8
Weiz	201	1,4	221,7
Villach Land	142	1,0	219,8
Gmünd	80	0,5	218,9
Wels(Stadt)	131	0,9	209,7
Sankt Pölten(Stadt)	116	0,8	209,0
Neusiedl am See	125	0,8	208,4
Oberwart	110	0,7	203,0
Spittal an der Drau	154	1,0	203,0
Zwettl	85	0,6	202,4
Leibnitz	170	1,1	200,6

Quelle: AGES Lagebericht, Stand: 03.03.2021

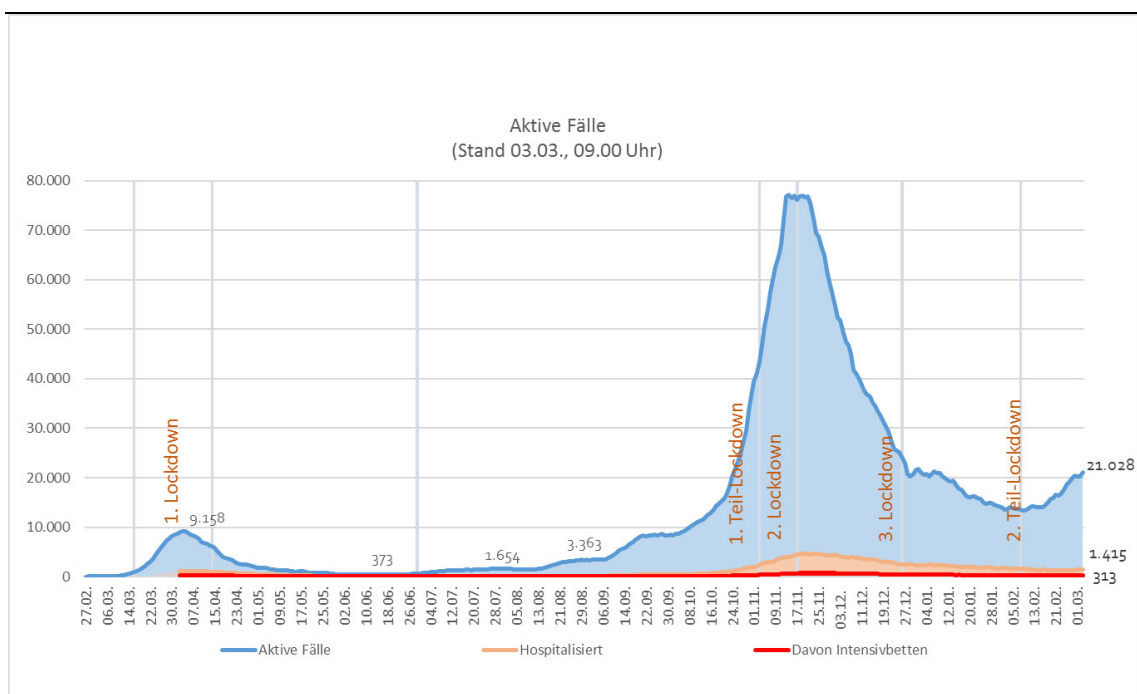
2 Verbreitungsrisiko

Tabelle 1: 7-Tages-Inzidenz und Reff im Zeitverlauf

	25.02.21	26.02.21	27.02.21	28.02.21	01.03.21	02.03.21	03.03.21
7-Tages-Inzidenz	143,1	146,9	151,3	159,0	158,9	160,4	167,0
Reff	1,09	1,11	1,12	1,16	1,18	1,14	1,12

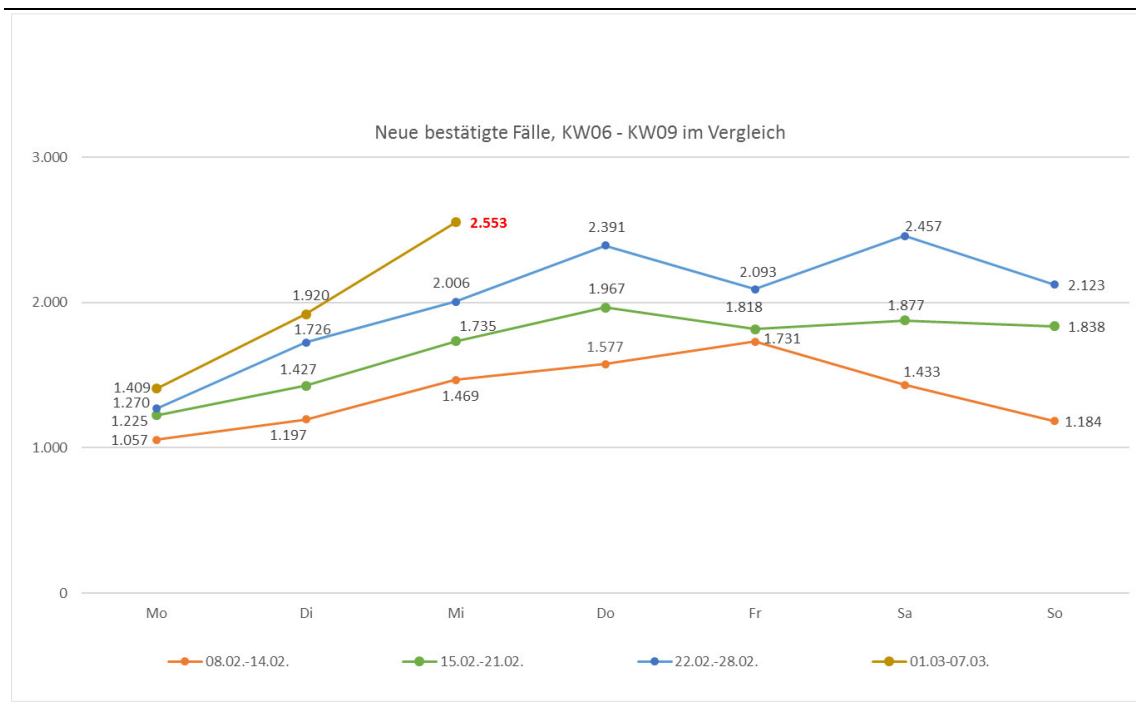
Geschätztes Reff basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 03.03. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten).
 Quelle: AGES Morgenauswertung (7-Tages-Inzidenz, Stand: 03.03.2021) & AGES Lagebericht (Reff, Stand: 03.03.2021)

Abbildung 3:
 Aktive Fälle: Stand 3.3., 09.00 Uhr



Quelle: Aktive Fälle kumulativ bis inkl. 02.04.2020, EMS; Hospitalisierungen vor 02.04.2020; interpoliert; alle anderen Daten: Datenübermittlung der Bundesländer an BMI und BMSGPK; Berechnung BMSGPK

Abbildung 4:
 Neue bestätigte Fälle, KW 06-KW 09 im Vergleich



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

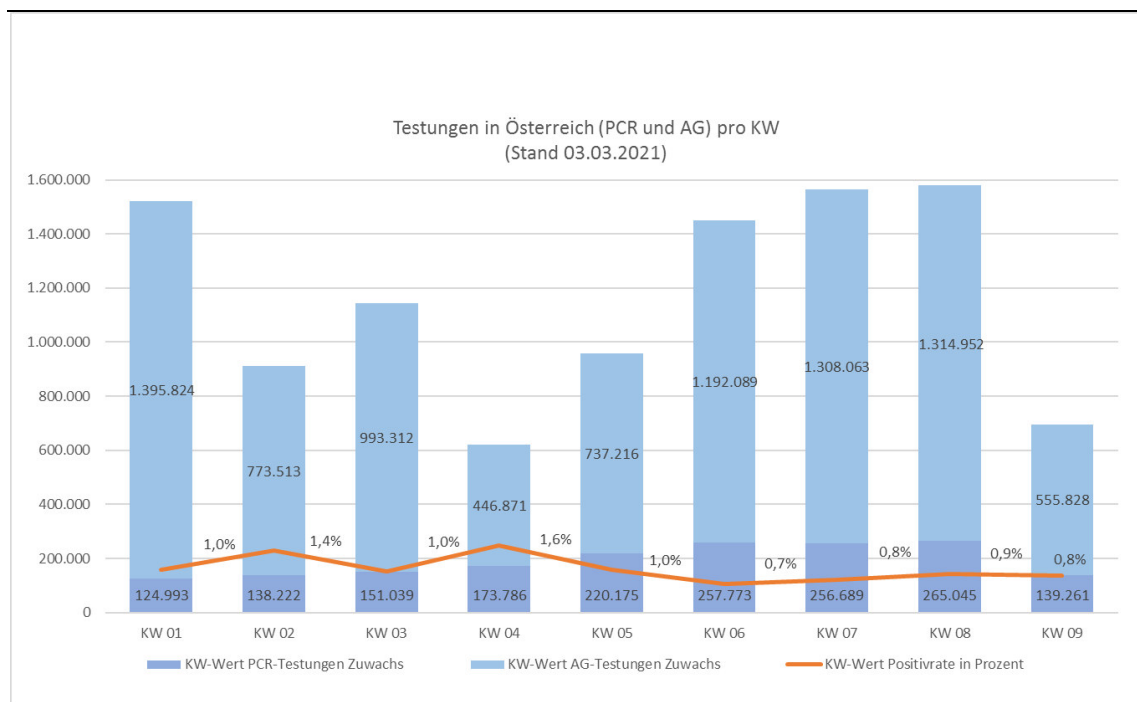
2.1 Quellen/Clusterabklärung und Symptomatik

Tabelle 2:
Fälle nach Setting des Infektionserwerbs

	03	04	05	06	07	08
Fälle ¹ Österreich (N)	10.151	9.556	9.221	9.570	11.790	14.398
Fälle¹ Österreich exkl. Wien (N)	8.323	7.676	7.473	7.472	9.141	10.866
Anteil asymptomatisch	22,4%	22,9%	26,0%	24,9%	26,6%	27,7%
Fälle asymptomatisch (n)	1.866	1.755	1.940	1.862	2.433	3.010
Fälle ungeklärt ² (n)	3.228	2.871	2.607	2.639	3.231	5.302
Indexfälle ³ (n)	1.589	1.560	1.426	1.518	1.643	1.228
Anteil geklärt	61,2%	62,6%	65,1%	64,7%	64,7%	51,2%
Fälle geklärt ⁴ (n)	5.095	4.805	4.866	4.833	5.910	5.564
Clusterfälle ⁵ (n)	6.108	5.958	5.923	6.073	7.132	6.107
sporadisch importierte Fälle (n)	56	37	44	44	46	41
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	4.507	4.379	4.477	4.541	5.463	4.865
Haushalt	61,7%	62,1%	63,2%	65,8%	65,4%	71,0%
Freizeit	12,9%	15,2%	15,4%	15,7%	15,3%	13,9%
Gesundheit-Sozial	16,3%	12,7%	9,9%	6,2%	4,3%	2,5%
Arbeit	5,0%	6,2%	7,9%	8,9%	8,8%	5,3%
Hotel-Gastro	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%
Bildung	2,3%	2,2%	1,9%	1,4%	4,1%	5,9%
Transport	0,1%	0,3%	0,3%	0,1%	0,2%	0,0%
Reise	0,4%	0,6%	0,4%	0,6%	0,5%	0,4%
Haushalt (n)	2.782	2.719	2.831	2.986	3.575	3.454
Bildung (n)	104	95	87	65	225	287
Gesundheit-Sozial (n)	733	554	445	281	237	120
Reise (n)	20	26	16	25	28	18
Fälle¹ Wien (N)	1.828	1.880	1.748	2.098	2.649	3.532
Anteil asymptomatisch	26,3%	28,0%	30,4%	31,6%	28,2%	22,0%
Fälle asymptomatisch (n)	480	526	531	663	748	777
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.088	1.147	1.140	1.363	1.671	1.977
Haushalt	61,3%	61,0%	68,5%	74,1%	70,8%	70,0%
Gesundheit-Sozial	28,2%	27,7%	14,5%	8,3%	6,2%	4,4%
Arbeit	4,1%	4,8%	7,7%	7,4%	5,7%	5,7%
Bildung	1,8%	1,8%	3,4%	3,5%	10,3%	14,6%
Freizeit	4,6%	4,7%	5,0%	5,7%	6,2%	5,3%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,6%	0,5%	0,4%	0,0%
Reise	0,0%	0,0%	0,3%	0,5%	0,4%	0,0%

Quelle: AGES Lagebericht; Stand: 03.03.2021

Abbildung 5:
Testungen in Österreich pro KW



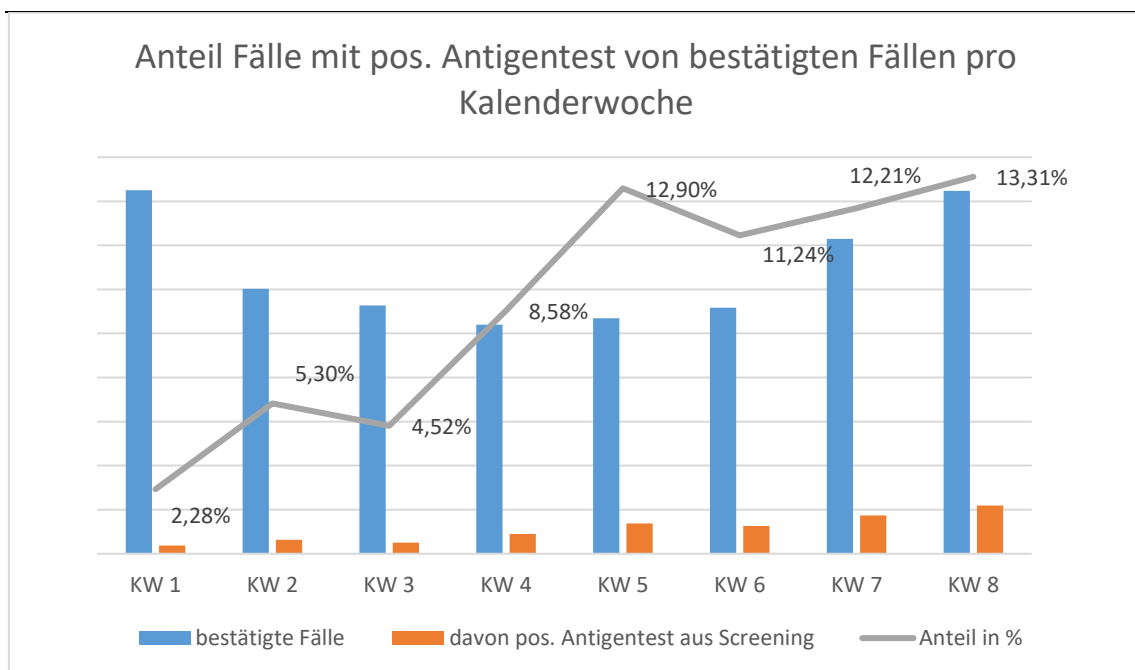
Quellen: Dateneinmeldung der Bundesländer an BMI und BMSGPK; Berechnung BMSGPK

- In den letzten 7 Tagen wurden **1.361.519 AG-Testungen** und 300.676 PCR-Testungen eingemeldet. Das sind +8,66% bei den AG-Testungen und +11,32% bei den PCR-Testungen (Woche zuvor 1.252.958 AG-Testungen und 270.108 PCR-Testungen). Die Positivrate in der laufenden KW 9 beträgt 0,8% (Stand: 03.03.) das entspricht einer Abnahme von 0,1% im Vergleich zur KW 8.
- Die höchste kumulative 7-Tages-Inzidenz / 100.000 EW (24.02.2021 – 02.03.2021) verzeichnet das Bundesland Niederösterreich mit 208,4 Fällen / 100.000 (Fälle = 3.510), gefolgt von Salzburg und Burgenland mit 201,3 Fällen / 100.000 (Fälle = 1.124) und 189,5 Fällen / 100.000 (Fälle = 558).

Die folgende Grafik stellt eine Extrapolation auf Basis der zum Berichtszeitpunkt verfügbaren Daten dar. Sie zeigt geschätzt für AT gesamt den Anteil der positiven Antigentestungen gemäß Screening Datenbank (folglich exkl. Schultestungen), welche durch eine darauffolgende PCR-Untersuchung bestätigt werden und somit als bestätigte Fälle definiert werden.

Der Prozentsatz entspricht somit dem Anteil der durch Screening-Testungen detektierten bestätigten Fälle.

Abbildung 6:
Anteil Fälle mit pos. Antigentest von bestätigten Fällen pro Kalenderwoche



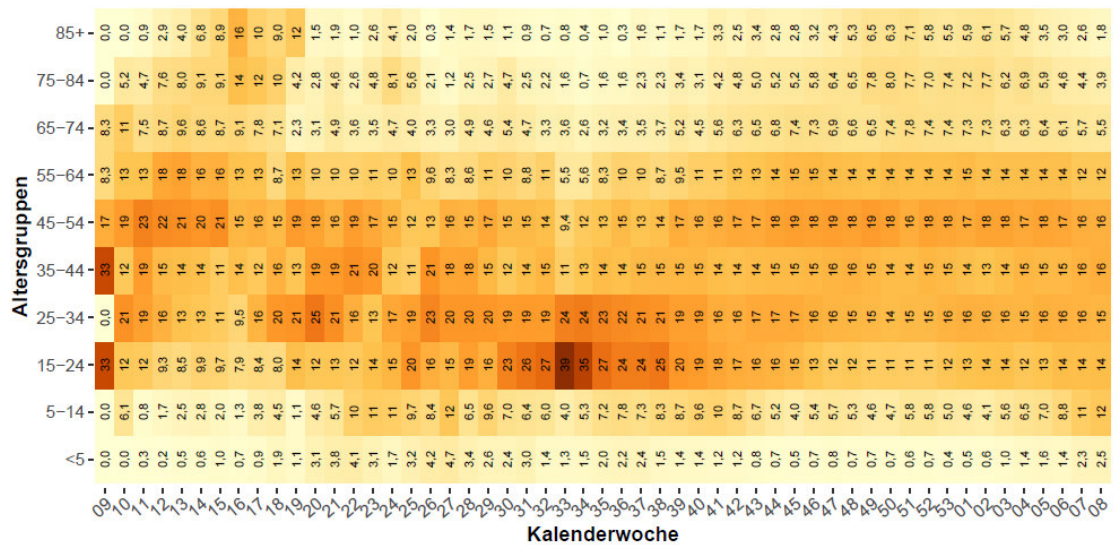
Quelle: EMS, Berechnungen BMSGPK, Stand: 01.03.2021

Die Zunahme des Anteils asymptomatischer und geklärter Fälle, insbesondere in Zusammenhang mit einer niedrigen Positivrate und einem höheren Anteil an Fällen, die bereits vor Bestätigung Antigen pos. getestet worden waren, lässt die Schlussfolgerung zu, dass:

- in Relation mehr Fälle erkannt werden und demnach von einer abnehmenden Dunkelziffer ausgegangen werden kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nur die Zahl der Tests und nicht die Zahl der getesteten Personen bekannt ist und es somit möglich ist, dass ein und dieselbe Person mehrmals pro Woche einer Testung unterzogen wird.
- Das erhöhte Testaufkommen trägt nur in geringem Ausmaß zu den aktuellen Anstiegen bei.

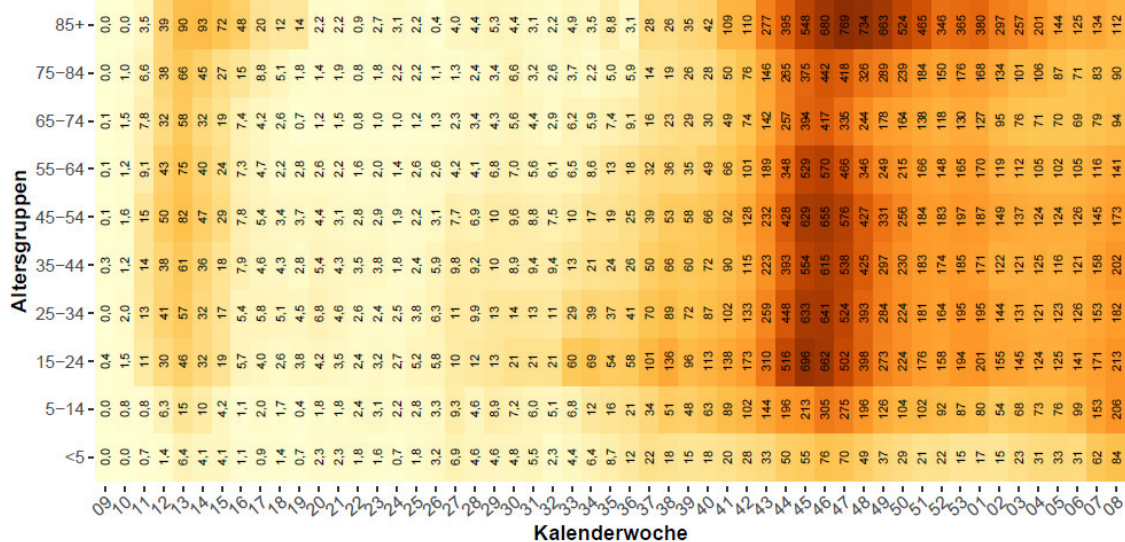
2.2 Entwicklungen in den Altersgruppen

Abbildung 7:
Altersverteilung der Fälle (in Prozent) nach Kalenderwoche der Labordiagnose



Quelle: AGES Lagebericht, Stand: 03.03.2021

Abbildung 8:
Inzidenz der Altersgruppen nach Kalenderwoche der Labordiagnose



Quelle: AGES Lagebericht, Stand: 03.03.2021

- Es konnte ein geringfügiger Abfall des prozentualen Anteils der über 65jährigen an allen Fällen verzeichnet werden (KW 6: 13,7%; KW 7: 12,7%; KW 8: 11,2%).
- Der prozentuale Anteil der unter 25jährigen an allen Fällen stieg hingegen (KW 6: 24,2%; KW 7: 27,3%; KW 8: 28,5%).

2.3 Schultestungen

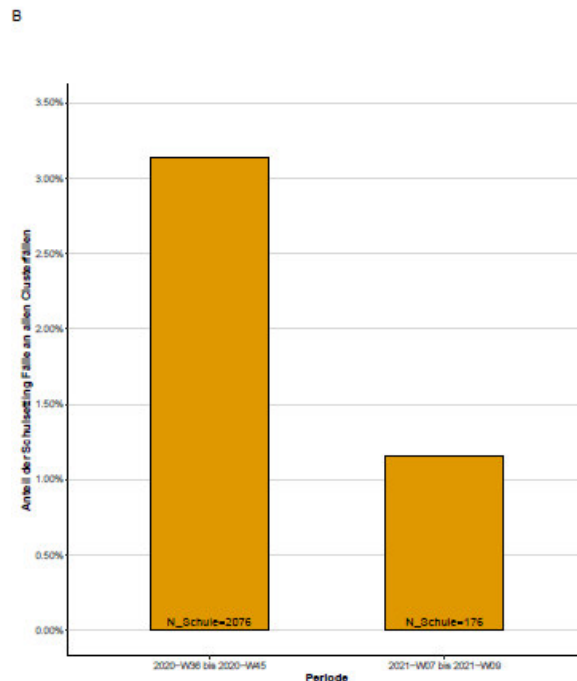
Tabelle 3:
Schultestungen

	KW5	KW6	KW7	KW8
Anzahl der Tests bei Schülern	167.271	467.877	1.196.451	1.235.800
davon positiv	100	132	385	619
in %	0,06%	0,03%	0,03%	0,05%
Anzahl der Tests bei Lehrern/Verwaltungspersonal	25.721	45.289	127.840	139.750
davon positiv	38	79	169	285
in %	0,15%	0,17%	0,13%	0,20%

Quelle: BMBWF, Schultestungen (AG-Testungen), Stand: 01.03.2021

Abbildung 9:

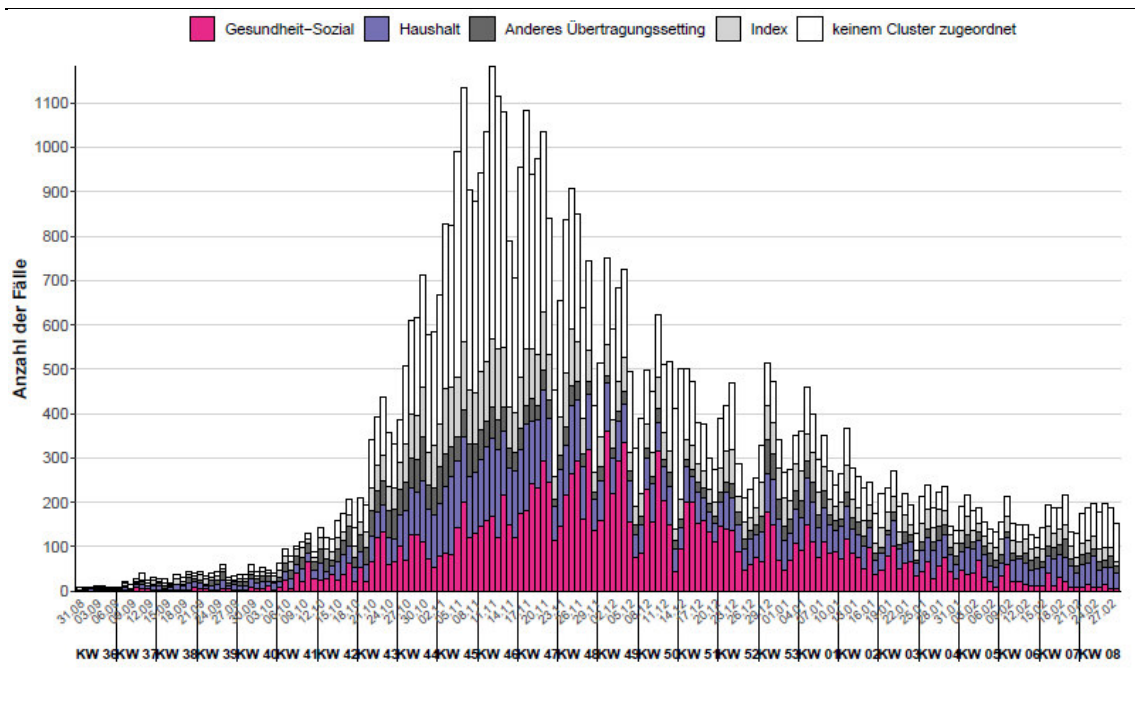
Anteil der Clusterfälle mit Transmission in der Schule an allen Clusterfällen, 2020-W36 bis 2020-W45 gegenüber 2021-W07 bis 2021-W09 (bis inkl. 02.03.2021). N_cluster gibt die Anzahl der Cluster der jeweiligen Gruppe an und N_Schule die Anzahl der Fälle im Setting Schule



Quelle: AGES, Stand: 02.03.2021

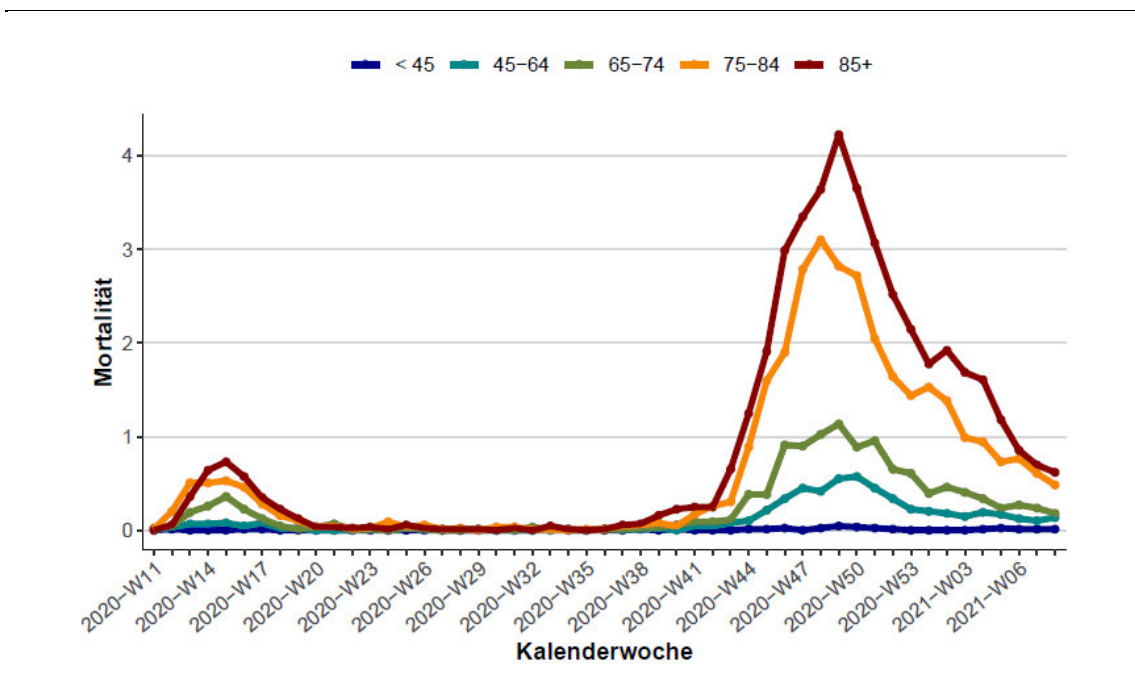
2.4 Altersdurchschnitt

Abbildung 10:
Österreich (exklusive Wien), Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende



Quelle: AGES, Zusatzbericht ue65 Cluster, Stand 03.03.2021

Abbildung 11:
Mortalität pro 100.000 EW nach Altersgruppe und Kalenderwoche, seit 2020 KW 11



Quelle: AGES, Zusatzbericht „aktuelle Lage“, Stand 03.03.2021

Tabelle 4:

Vergleich der Inzidenz der vergangenen 14-Tagesperiode (17.02.2021-02.03.2021) zur Inzidenz der 7 Tage überlappenden 14-Tagesperiode (10.02.2021-23.02.2021). (Methode gemäß ECDC weekly report July 2020)

	Trend Gesamt	Klassifikation	Trend ≥ 65	Klassifikation
Österreich	21,54%	increasing	11,30%	increasing
Burgenland	27,36%	increasing	9,90%	stable
Kärnten	16,35%	increasing	8,13%	stable
Niederösterreich	29,18%	increasing	14,33%	increasing
Oberösterreich	20,32%	increasing	13,72%	increasing
Salzburg	29,49%	increasing	10,77%	increasing
Steiermark	14,84%	increasing	12,64%	increasing
Tirol	13,57%	increasing	13,13%	increasing
Vorarlberg	2,85%	stable	-8,05%	stable
Wien	21,66%	increasing	9,52%	stable

Quelle: AGES, Sonderauswertung der über 65jährigen, Stand 03.03.2021

- Der Altersdurchschnitt inzidenter Fälle sinkt seit KW 2 kontinuierlich und lag in KW 9 zuletzt bei 38,8 Jahren (KW 7: 39,7a; KW 8: 38,6a; KW 9: 38,8a).
- In den vergangen 3 Wochen ist ein Anstieg in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen feststellbar. Dieser kann mit der Einführung des systematischen Testens in Bildungseinrichtungen assoziiert werden, wodurch eine Verringerung der Dunkelziffer erreicht werden konnte.
- Seit Jahresbeginn kann ein relevanter Rückgang von Neuinfektionen, aktiven Fällen und Clustern in den Alten- und Pflegeheimen und der damit verbundenen Mortalität beobachtet werden. Dies kann mit den gesetzten Präventionsmaßnahmen und der mittlerweile relativ hohen Durchimpfungsrate in dieser Bevölkerungsgruppe in Verbindung gebracht werden. Insgesamt stieg jedoch die 7-Tagesinzidenz der über 65-Jährigen österreichweit zuletzt wieder.

2.5 Virusvarianten

Tabelle 5:
Anteil der N501Y positiven Fälle an N502Y getesteten Fällen (PCR-basiert oder sequenziert)

Covid-19, Varianten Surveillance

AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance

03.03.2021 09:00 (auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 03.03.2021 07:00)

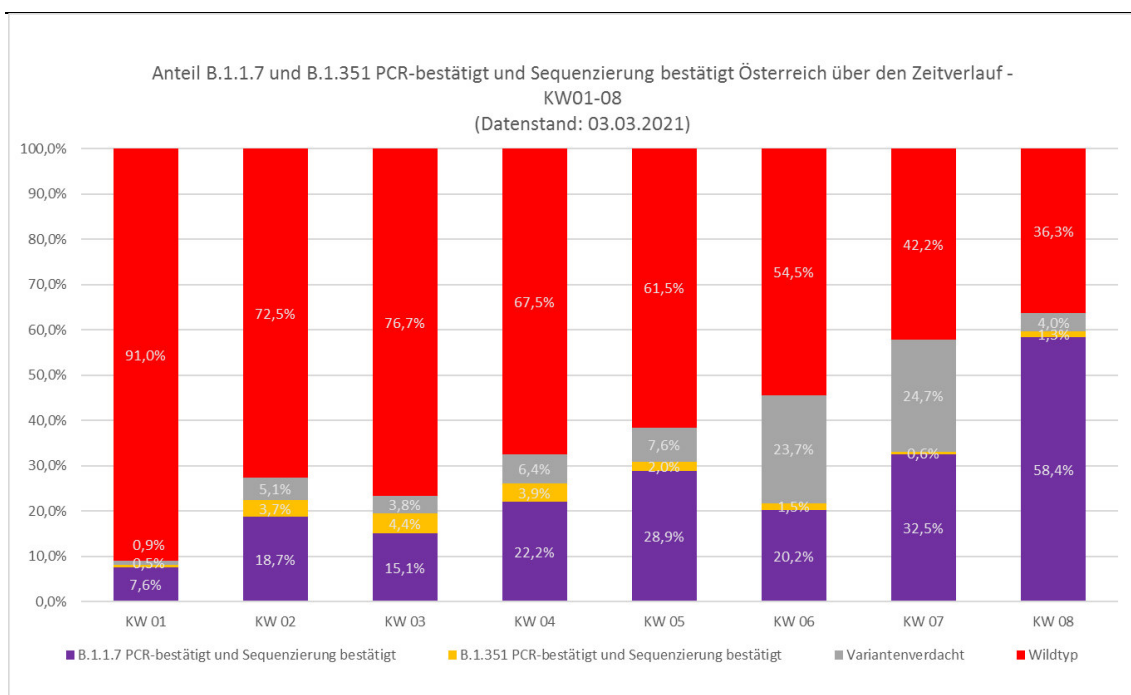
Österreich

Tabelle 1: Anteil der N501Y positiven Fälle an N501Y getesteten Fällen (PCR-basiert oder sequenziert)

Bundesland	Variants of concern %				
	KW 04	KW 05	KW 06	KW 07	KW 08
Burgenland	50,24 %	60,29 %	75,00 %	82,22 %	88,10 %
Kärnten	8,80 %	24,74 %	41,14 %	52,37 %	62,06 %
Niederösterreich	45,54 %	48,56 %	49,43 %	61,19 %	63,59 %
Oberösterreich	21,32 %	34,39 %	41,94 %	56,89 %	51,09 %
Salzburg	19,61 %	30,95 %	41,18 %	73,28 %	78,94 %
Steiermark	24,38 %	26,33 %	31,38 %	45,50 %	51,62 %
Tirol	43,04 %	40,18 %	53,32 %	32,63 %	55,83 %
Vorarlberg	7,89 %	15,15 %	20,92 %	31,82 %	30,28 %
Wien	43,18 %	50,00 %	53,12 %	65,18 %	72,29 %
Österreich	32,48 %	38,49 %	45,54 %	57,81 %	63,75 %

Quelle: : AGES Variantenbericht vom 03.03.2021

Abbildung 12:
Anteil B.1.1.7 und B.1.351 PCR bestätigt und Sequenzierung bestätigt Österreich über den Zeitverlauf: KW01-08

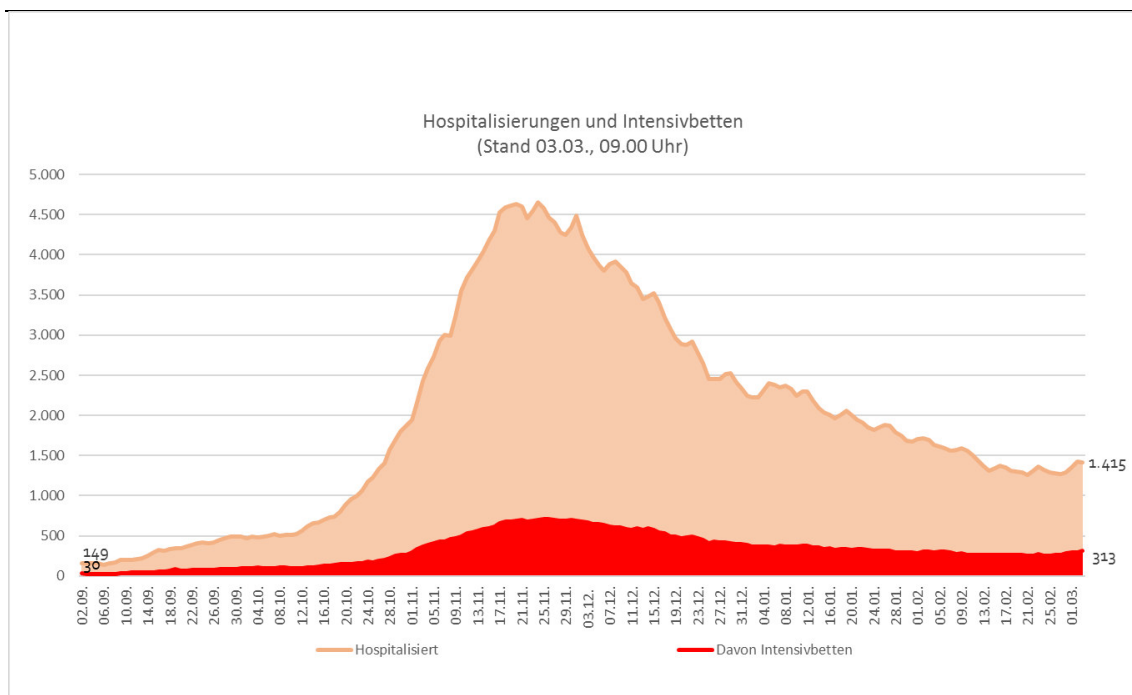


Quelle: AGES Variantenbericht vom 03.03.2021; Grundgesamtheit: PCR-Screenings auf Mutationen; Berechnung BMSGPK

- Beobachtungsdaten aus allen Bundesländern zeigen einen deutlichen Anstieg der Prävalenz von N501Y-positiven Fällen.
- Mit Ausnahme Vorarlbergs sind Infektionen mit der Mutation N501Y (vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) bereits dominant (größer als 50 %).
- Zudem hat sich die Corona Kommission erneut zur Verbreitung der Virusvariante B1.351 beraten. Auf Basis der bisher vorliegenden Surveillance-Daten muss davon ausgegangen werden, dass nach wie vor Tirol am stärksten von dieser Variante betroffen ist. In KW8 lag die geschätzte Prävalenz dieser Variante bei rund 11% in Tirol. In KW 8 konnte ebenfalls eine relevante Zunahme der Variante B1.351 in den Bundesländern Oberösterreich (n=8), Niederösterreich (n=12) und Wien (n=46) festgestellt werden.
- Bislang konnten die von Tirol gesetzten Maßnahmen (wie Testen der K1- & K2-Personen mit PCR-Verfahren; Kontaktpersonenerhebung bis zu 96 Stunden zurück, intensiviertes Testangebot mit Bereitstellung von PCR-Tests an die gesamte Bevölkerung etc.) die Verbreitung der Virusvariante B1.351 unter Kontrolle halten.
- Ebenfalls kam es in KW 8 zur Detektion von sporadischen Verdachtsfällen der brasilianischen Variante (B.1.1.28), die derzeit noch unter epidemiologischer und molekularbiologischer Abklärung stehen.

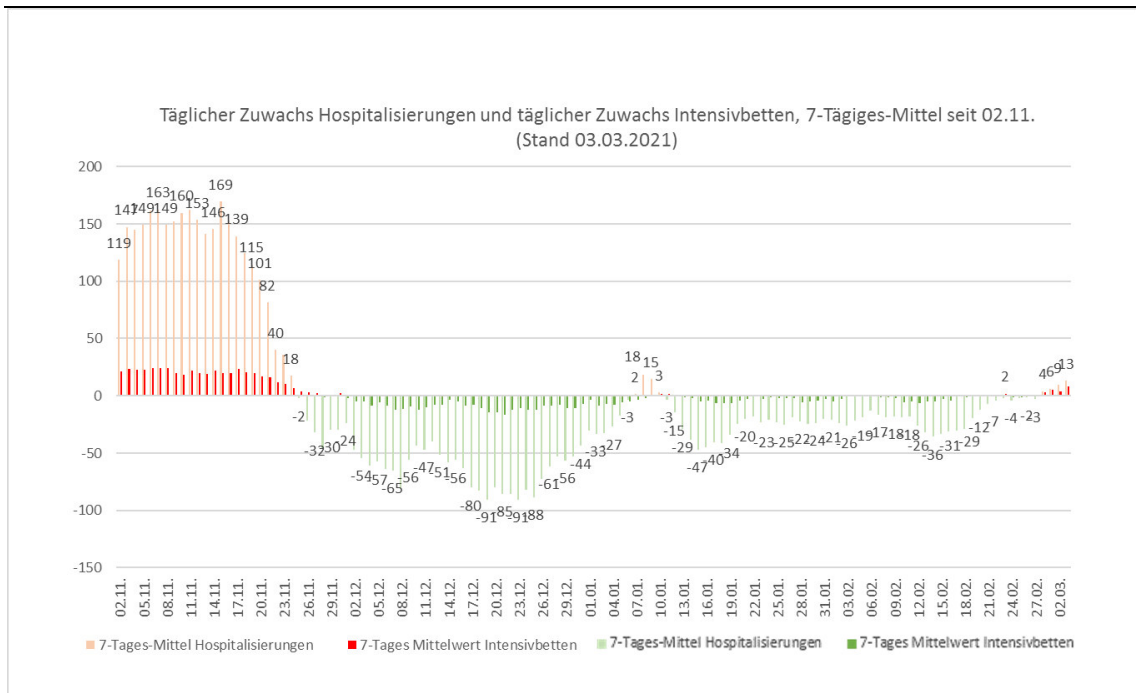
3 Systemrisiko

Abbildung 13:
Hospitalisierungen und Intensivbetten



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

Abbildung 14:
 Täglicher Zuwachs Hospitalisierungen und täglicher Zuwachs Intensivbetten, 7 Tägiges-
 Mittel seit 2.11.

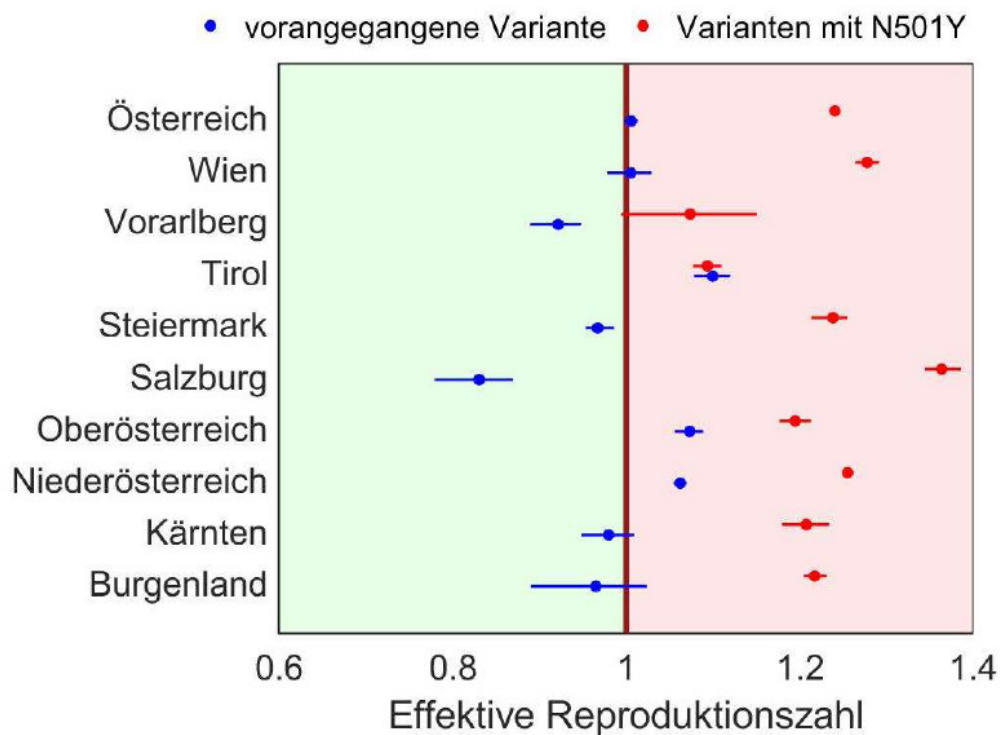


Quelle: Datenübermittlung der Bundesländer an BMI und BMSGPK; Berechnung BMSGPK

3.1 Aktuelle Prognose des COVID Prognose Konsortiums

Anhand der Ausbreitungsdynamik zwischen KW 6 und KW 8 lässt sich eine effektive Reproduktionszahl der Mutanten schätzen, die um durchschnittlich 23% höher (95% KI 21-25%) ist als die der vorangegangenen Variante. Unter den in KW 6 bis KW 8 geltenden Maßnahmen/Adherence-Bedingungen führte dies zu einer effektiven Reproduktionszahl von 1,24 der Mutante (95% KI 1,23-1,25) und 1,00 der vorangegangenen Variante (95% KI 0,99 – 1,01).

Abbildung 15:
Schätzung der effektiven Reproduktionszahl für COVID 19 Varianten für den Zeitraum KW 6 bis KW 8



Neben dem Punktschätzer wird das 95%-Konfidenzintervall dargestellt (siehe technische Anmerkungen)

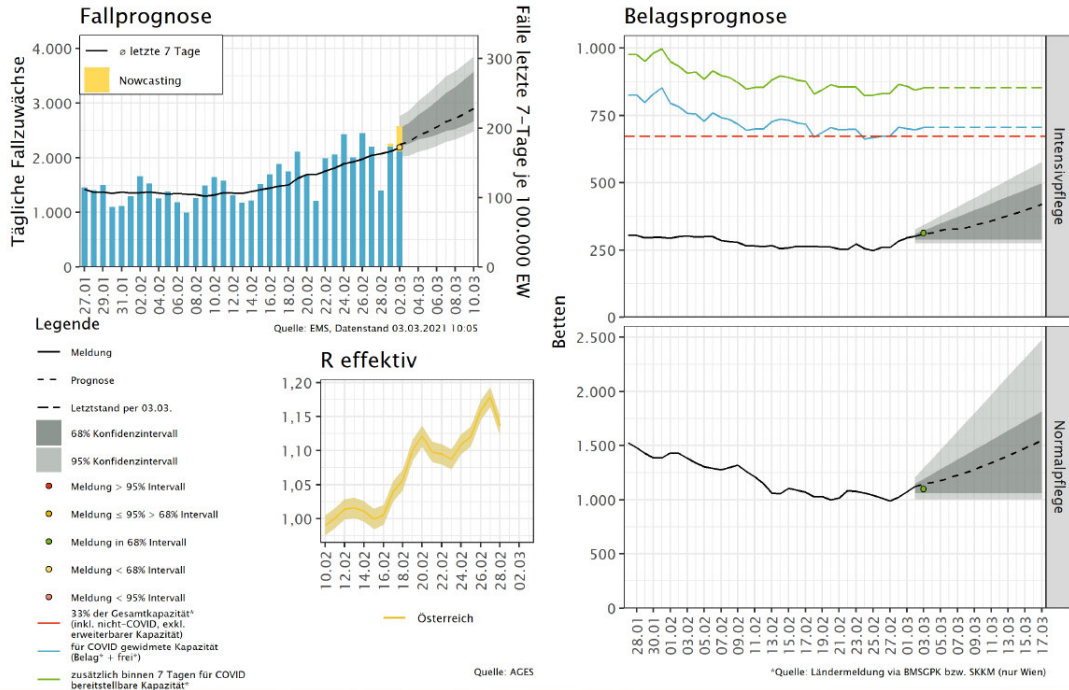
Darstellung CSH basierend auf AGES Surveillance-Daten (Datenstand 2.3.)

Quelle: GÖG Prognosekonsortium Bericht für Corona Kommission, Stand: 02.03.2021

Abbildung 16:

Österreich

Berichtstag 03.03.2021
Prognose vom 02.03.2021



Österreich , Berichtstag 03.03.2021, Prognose vom 02.03.2021

Quelle: GÖG Prognose & Kapazitätsvorschau, Stand: 02.03.2021

Fallprognose

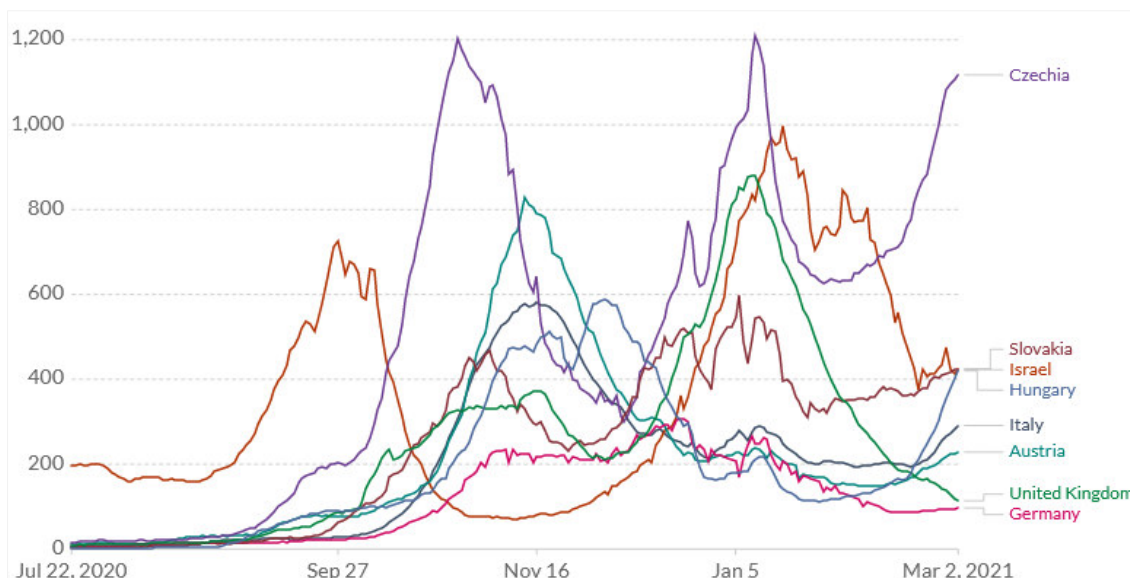
- Die aktuellen Prognosen gehen von einem Infektionsgeschehens von rund 2.800 Fälle/Tag aus (2.500 Fälle/Tag am 1. Prognosestag bis 3.200 Fälle/Tag am letzten Prognosestag).
- Am letzten Prognosestag (10.03.) wird eine 7-Tages-Inzidenz von 228 (95% KI: 195 - 303) erwartet. Die Entwicklung in den einzelnen Bundesländern ist dabei sehr unterschiedlich. Die Spannweite der 7-Tages-Inzidenz am letzten Prognosestag reicht von 101 in Vorarlberg bis 320 in Salzburg.
- Die stärksten Anstiege werden für Salzburg und Kärnten prognostiziert, wo das Fallgeschehen stark von einzelnen Bezirken (v.a. Hermagor, St. Johann im Pongau) getrieben wird. Zudem korreliert dieser Anstieg stark mit der Verbreitung der Varianten mit der Mutation N501Y.

Belagsprognose

- In einzelnen Bundesländern (B, NÖ, W) ist eine Überschreitung der Auslastungsgrenze von 33% COVID Belag an der ICU-Gesamtkapazität innerhalb des 68%-Intervalls bis zum 17.03. möglich.
- Österreichweit wird von einem Anstieg des Belages auf ICU von 301 (am 02.03.) auf 420 (am 17.03.) ausgegangen. Dies entspricht einem Anteil des COVID-Belags an der ICU-Gesamtkapazität von 20,8% (17.03.).
- Mit 68% Wahrscheinlichkeit liegt der ICU-Belag am 17.03. zwischen 288 und 498. Auf Normalstationen wird ein Anstieg des Belages von 1.124 (am 02.03.) auf 1.551 (am 17.03.) erwartet. Mit 68% Wahrscheinlichkeit liegt der Belag auf Normalstationen am 17.03. zwischen 1.060 und 1.817.

4 Maßnahmen in ausgewählten Ländern/Ländervergleich

Abbildung 17:
Maßnahmen in ausgewählten Ländern/Ländervergleich



Quelle: OurWorldInData; 7-tägiges Mittel pro 1Mio. EW; Stand 03.03.2021

Die nachfolgende Maßnahmenübersicht basiert auf den rezent von den österreichischen Botschaften der Nachbarstaaten übermittelten Berichten, die in einem Überblicksdokument „Maßnahmen anderer EU-MS (+ CH/UK/NO/IS) hinsichtlich Corona-Virus“ seitens BMEIA zusammengefasst wurden (Stand 26.02.2021 12:00).

Kurzübersicht aktuell gültiger Maßnahmen und 7-Tages-Inzidenz der Nachbarstaaten

Legende:

Offen bzw. keine Beschränkung
Teilweise offen bzw. mit Ausnahmen oder bestimmten Regelungen
Geschlossen bzw. bestehende Beschränkung
Keine näheren Angaben

	Ausgangsbeschränkungen	Kindergarten / Pflichtschule ²⁾	Sekundarstufe ²⁾	Tertiärer Bildungsbereich ²⁾	Handel und Dienstleistungssektor ¹⁾	Beherbergung	Gastronomie	Freizeit, Sport und Kultur	Status
Dänemark									Geöffnet mit (regionalen) Einschränkungen
Deutschland					bei stabiler Inzidenz unter 35 Öffnungsschritte	bei stabiler Inzidenz unter 35 Öffnungsschritte	bei stabiler Inzidenz unter 35 Öffnungsschritte	bei stabiler Inzidenz unter 35 Öffnungsschritte	Lockdown
Finnland									Geöffnet mit (regionalen) Einschränkungen
Großbritannien									Lockdown
Irland									Lockdown
Italien	Je nach Zone				Je nach Zone	Je nach Zone	Je nach Zone		regionale Einschränkungen (bis hin zu regionalem Lockdown)
Norwegen									Geöffnet mit (regionalen) Einschränkungen
Schweden		Regional Distance Learning	Regional Distance Learning		Best. Regionen				Geöffnet mit Einschränkungen, rezent Verschärfungen
Schweiz									Lockdown, Öffnungsschritte per 1.3. geplant
Slowakei		Regional	Regional						Lockdown
Slowenien									Schrittweise Öffnung
Tschechien		1. und 2. Klasse							Lockdown
Ungarn									Geöffnet mit Einschränkungen

1) Hinweis: Lebensmittelhandel überall geöffnet / 2) Ferienzeit nicht dargestellt / Status: Kurzbeschreibung der aktuellen Situation

GÖG - eigene Darstellung

Mit Stand 2.3. befinden sich 7 von 13 betrachteten Ländern in einem bundesweiten Lockdown. In weiteren 6 Ländern gelten Restriktionen, teilweise auf regionaler Ebene. Die Situation ist heterogen. Lediglich Slowenien befindet sich zum Zeitpunkt der Berichtslegung in einer Phase der Öffnung (erste Öffnungsschritte betreffen Schulen, Handel und Dienstleistung), die Schweiz hat derartige Lockerungen avisiert. Andere Länder, wie beispielsweise Schweden, haben erst rezent Verschärfungen umgesetzt. In Finnland bestehen regionale Einschränkungen je nach epidemiologischer Lage. Es wurde ein Gesetzesentwurf zur vorübergehenden Schließung von Restaurants sowie anderen Bereichen bei Lebensmittel- und Getränkedienstleistungen eingebracht.

Es werden erste Regelungen für Geimpfte und Genesene getroffen. Diese betreffen primär (Ein)Reise- bzw. Quarantänebestimmungen. In diesen Bereichen gelten für Geimpfte und Genesene in einigen Ländern Erleichterungen.

5 Empfehlungen der Corona Kommission:

Die analysierten Daten zeigen für die vergangenen 13 Epidemietage eine Änderungsrate von +1,39 (per 01.03.2021). Die **7-Tagesinzidenz für die österreichische Bevölkerung** ist im Zeitraum 24.02.-02.03.2021 auf 166,96 pro 100.000 EW im Vergleich zu einer 7-Tagesinzidenz von 140,34/100.000 EW der Vorwoche gestiegen. Die effektive Reproduktionszahl (R_{eff}) lag zuletzt bei 1,12 (per 1.03.2021).

Das **Augenmerk wurde auf die Altersgruppe der unter 25-Jährigen und der über 65-Jährigen gelegt**. Dabei ist festzuhalten, dass in den vergangen 3 Wochen ein Anstieg in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen feststellbar ist. Dieser kann mit der Einführung des systematischen Testens in Bildungseinrichtungen assoziiert werden, wodurch eine Verringerung der Dunkelziffer erreicht werden konnte. Der raschen Abklärung und Weiterverfolgung von positiven Testergebnissen an Schulen durch die Gesundheitsbehörden kommt in diesem Zusammenhang große Bedeutung zu. Deshalb empfiehlt die Corona Kommission eine weiterhin enge Abstimmung zwischen regionalen Gesundheits- und Bildungsbehörden, um insbesondere die Verdachtsabklärung bei weiteren Familienangehörigen der betroffenen Schülerinnen und Schüler rasch vorzunehmen. Trotz der steigenden Infektionszahlen unter den 6- bis 19-Jährigen werden gegebenenfalls erforderliche Schließungen einzelner Klassen oder Standorte als ausreichend erachtet. Eine Notwendigkeit zu großflächigeren regionalen Schulschließungen wird derzeit nicht gesehen.

Seit Jahresbeginn kann ein relevanter Rückgang von **Neuinfektionen, aktiven Fällen und Clustern in den Alten- und Pflegeheimen** und der damit verbundenen Mortalität beobachtet werden. Der sinkende Trend der aktiven Fälle scheint aktuell in ein Plateau überzugehen. Dies kann mit den gesetzten Präventionsmaßnahmen und der mittlerweile hohen Durchimpfungsrate in dieser Bevölkerungsgruppe in Verbindung gebracht werden. Insgesamt steigt jedoch die 7-Tagesinzidenz der über 65-Jährigen österreichweit an.

Im Bildungsbereich (einschließlich Elementarpädagogik) würdigt die Corona Kommission die gesetzten Maßnahmen (Testen, Lüften, Maskentragen etc.). Die Clusteranalysen der AGES zeigen gegenwärtig, dass die Infektionseinträge nach wie vor primär über die PädagogInnen erfolgen. Die Corona Kommission empfiehlt daher weiterhin, die Testfrequenz bei den PädagogInnen und dem Betreuungspersonal zu erhöhen. Aus diesem Grund sollte aus Sicht der Corona Kommission in Abstimmung zwischen Gesundheits- und Bildungsministerium eine spezifische Regelung für die Berufsgruppentestung der Lehrkräfte geschaffen werden, welche die bis zu 3 Mal pro Woche stattfindenden Selbsttests an Schulen einbezieht.

Die **Belastung des Gesundheitssystems** ist im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Die Corona-spezifische Belastung der Intensivstationen lag per 3.3.2021 bei 15,5% bezogen auf alle gemeldeten Intensivbetten Österreichs. Die Prognoserechnungen zeigen erneute Anstiege **der Auslastung von Intensivstationen auf 20,8% (420 Fälle) bis zum 17.3.2021**.

Ein neuerlicher dynamischer Anstieg der inzidenten Fälle kann die Lage in den Intensivstationen zum Zusammenbruch bringen. Der angestrebte Regelbetrieb der

Spitäler kann ab **einer covidbezogenen ICU-Auslastung von etwa 10%** (= ca. 200 belegten Betten) wiederhergestellt werden. Die inzidenten täglichen Fälle müssten hierfür unter Berücksichtigung der aktuellen Altersstruktur und Hospitalisierungswahrscheinlichkeit konstant bei weniger als 1.250 liegen. Zusätzlich ist der aktuell bestehende Belag mit zu berücksichtigen, dessen Rückgang verhalten verläuft.

Im Laufe der letzten drei Kalenderwochen hat sich die Anzahl der behördlich angeordneten PCR- und Antigentests auf einem hohen Niveau von rund 220.000 Tests/Tag eingependelt. Der Anstieg der Fallzahlen ist somit – mit Ausnahme der Altersgruppe der unter 25-Jährigen – kaum auf die Veränderung der Teststrategie zurückzuführen (COVID Prognose Konsortium).

Mit Ausnahme Vorarlbergs sind Infektionen mit der Variante N501Y (vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) bereits dominant (größer als 50%). Schätzung des COVID Prognose Konsortiums ergeben, dass der aktuell zu beobachtende Fallanstieg stark mit der Variantenverbreitung assoziiert ist. Anhand der Ausbreitungsdynamik von KW6 bis KW8 lässt sich eine effektive Reproduktionszahl der Varianten schätzen, die um durchschnittlich 23% höher (95% KI 21-25%) ist als jene des vorangegangenen Haupttyps. Vor dem Hintergrund der gesetzten Lockerungsschritte ist weiterhin von einer entsprechenden Erhöhung der effektiven Reproduktionszahl der Fälle sämtlicher Varianten auszugehen.

Zudem hat sich die Corona Kommission erneut zur Verbreitung der Virusvariante B1.351 beraten. Auf Basis der bisher vorliegenden Surveillance-Daten muss davon ausgegangen werden, dass nach wie vor Tirol am stärksten von dieser Variante betroffen ist. In KW8 lag die geschätzte Prävalenz dieser Variante bei rund 11% in Tirol. In KW 8 konnte ebenfalls eine relevante Zunahme der Variante B1.351 in den Bundesländern Oberösterreich (n=8), Niederösterreich (n=12) und Wien (n=46) festgestellt werden. Es wird empfohlen die in Tirol erfolgreich angewandten Maßnahmen (z.B. Testen der K1- & K2-Personen mit PCR-Verfahren; Kontaktpersonenerhebung bis zu 96 Stunden zurück, intensiviertes Testangebot mit Bereitstellung von PCR-Tests an die gesamte Bevölkerung etc.) auch in den weiteren betroffenen Bundesländern anzuwenden.

Die Corona Kommission kommt auf Basis der Ausführungen zum Schluss, dass das Infektionsgeschehen ausgehend von einem hohen Niveau in der Mehrheit der **Bundesländer deutliche Anstiege zeigt, die sich gemäß Prognosen fortsetzen werden.** Die Corona Kommission empfiehlt daher die notwendigen präventiven Maßnahmen zur Kontaktreduktion sowie regelmäßige, flächendeckende Testungen zu forcieren.

Bei anhaltenden Steigerungen des Infektionsgeschehen empfiehlt die Kommission bereits gesetzte Lockerungsschritte zu überprüfen und ab einer bundesweiten 7-Tagesinzidenz von >200/100.000 Einwohner diese auch gegebenenfalls zurückzunehmen. Zudem weist die Kommission erneut auf die Notwendigkeit hin besonders in Regionen mit deutlich erhöhter 7-Tagesinzidenz zweckmäßige regionale Maßnahmen zu setzen. Die erneute Schließung von Bildungseinrichtungen sollte nur als Ultima Ratio in Betracht gezogen werden.

Mit fortschreitender Immunisierung der Risikopopulation ist davon auszugehen, dass die Systembelastung sinken wird. Trotz der positiven Entwicklung hinsichtlich der Durchimpfungsrate der Bewohnerinnen und Bewohner der Alten- und Pflegeheime, ist die Impfprävalenz insbesondere in der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen aktuell jedoch noch zu niedrig, um dynamische Anstiege in den Intensivstationen zu verhindern.

Aufgrund der steigenden Fallzahlen in der Altersgruppe der über 65-Jährigen in KW 8 weist die Corona Kommission darauf hin, dass diese Alterskohorte besonders systemrelevant ist, da diese im Regelfall den größten Anteil der intensivpflichtigen Patienten darstellt und die Durchimpfungsrate derzeit nur gering ausgeprägt ist. Daher ist diese Altersgruppe hinsichtlich Impfstrategie besonders prioritär zu sehen.

Die Anstiege in den Intensivstationen erfolgen erfahrungsgemäß zeitversetzt zum Auftreten steigender Inzidenzen. **Die Entwicklungen sind weiterhin engmaschig zu beobachten und etwaige Lockerungsschritte daran zu knüpfen.**

In einzelnen Bundesländern (B, NÖ, W) ist eine Überschreitung der Auslastungsgrenze von 33% COVID Belag an der ICU-Gesamtkapazität innerhalb des 68%-Intervalls bis zum 17.03. möglich (COVID Prognose Konsortium). Aus diesem Grund empfiehlt die Corona Kommission allen Bundesländern und insbesondere den Bundesländern Wien, Burgenland und Niederösterreich Maßnahmen in den Spitälern zu setzen, um auf die bevorstehenden Anstiege in den Intensivstationen vorbereitet zu sein.

Weiterhin ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass die erforderliche Akzeptanz der Bevölkerung gewährleistet wird, um die notwendigen Rückgänge des Fallgeschehens erreichen zu können.

Insbesondere regt die Kommission an, für all jene Lebensbereiche Regelungen bzw. Handlungsempfehlungen zu etablieren, die derzeit noch nicht von durchgängigen Konzepten (vgl. Schulen oder Altenheime) erfasst sind. Dazu sind beispielhaft anzuführen:

- Erarbeitung von **Präventionskonzepten in Mehrpersonenunternehmen**
- **Stichprobenartige risikobasierte behördliche Überprüfung** der Einhaltung und Qualität
- **Einbindung weiterer Behörden auf Landes- und Bundesebene**

Erarbeitung und Kommunikation von Handlungsempfehlungen für einen sicheren und optimierten Einsatz von Testmöglichkeiten im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten und privaten Treffen im Freien.

Aspekte der psychosozialen Gesundheit sind bei allen Maßnahmen mit zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund unterstützt die Corona Kommission die geplanten Lockerungen für Kinder- und Jugendliche.

Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich

Finale Fassung vom 18.03.2021

Inhaltsverzeichnis

1	Beschlussgrundlagen und Einstufung der Corona Kommission.....	6
2	Verbreitungsrisiko	9
2.1	Quellen/Clusterabklärung und Symptomatik	11
2.2	Testungen	12
2.3	Entwicklungen in den Altersgruppen	16
2.4	Altersdurchschnitt	17
2.5	Virusvarianten.....	19
3	Systemrisiko	21
3.1	Kapazitätserhebung – Hospitalisierungen.....	21
3.2	Aktuelle Prognose des COVID Prognose Konsortiums	23
4	Maßnahmen in ausgewählten Ländern/Ländervergleich	25
5	Impfung	27
6	Diskussionsgrundlage für Empfehlungen der Corona Kommission	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschlussgrundlagen und Einstufung der Corona Kommission	6
Tabelle 2: Anzahl der neu identifizierten Infektionsfälle und kumulative Inzidenz/100.000 EW der vergangenen 7 Tage (10.03.2021 – 16.03.2021) der Bezirke mit einer kumulativen Inzidenz über 200 pro 100.000 EW.....	8
Tabelle 3: 7-Tages-Inzidenz und Reff, 05.03.21–15.03.21. Reff wird basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen geschätzt. Fälle vom 16.03. sind exkludiert	9
Tabelle 4: Österreich, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen. Informationen betreffend Abklärung und Setting der Übertragung beziehen sich auf die Anzahl der Fälle von Österreich exklusive der Fälle mit Wohnort Bundesland Wien. Fälle nach Setting des Infektionserwerbs	11
Tabelle 5: Antigen (AG) Schultestungen nach Schulstufe; Anzahl Antigentests (N), Anzahl der positiven Antigentests (n), Positivrate (n/N) in Schülerpopulation.....	14
Tabelle 6: Antigen (AG) Schultestungen nach Schulstufe; Anzahl Antigentests (N), Anzahl der positiven Antigentests (n), Positivrate (n/N) bei Schulpersonal	15
Tabelle 7: Vergleich der Inzidenz der vergangenen 14-Tagesperiode (03.03.2021–16.03.2021) zur Inzidenz der 7 Tage überlappenden 14-Tagesperiode (24.02.2021–09.03.2021). (Methode gemäß ECDC weekly report July 2020)	18
Tabelle 8: Anteil der N501Y positiven Fälle an N502Y getesteten Fällen (PCR-basiert oder sequenziert).....	19
Tabelle 9: Durchimpfungsrate mit mindestens 1. Dosis österreichweit per 17.3.2021	27

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kumulative Inzidenz/100.000 EW nach Bezirk der vergangenen 7 Tage (10.03.2021 – 16.03.2021). Es gilt die regionale Falldefinition.	7
Abbildung 2: Aktive Fälle: Stand 16.3.2021	9
Abbildung 3: Neue bestätigte Fälle, KW08–KW11 im Vergleich.....	10
Abbildung 4: Gemeldete Anzahl von AG und PCR Tests, 01.02.2021 – 16.03.2021	12
Abbildung 5: Gemeldete Anzahl von AG und PCR Tests, Stand 17.03.2021	12
Abbildung 6: Anteil Fälle mit pos. Antigentest von bestätigten Fällen pro Kalenderwoche	13
Abbildung 7: Altersverteilung der Fälle (in Prozent) nach Kalenderwoche der Labordiagnose.....	16
Abbildung 8: Inzidenz der Altersgruppen nach Kalenderwoche der Labordiagnose	16
Abbildung 9: Österreich (exklusive Wien), Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.....	17
Abbildung 10: Mortalität pro 100.000 EW nach Altersgruppe und Kalenderwoche, seit 2020 KW 11	17
Abbildung 11: Anteile B.1.1.7 und B.1.351 PCR-bestätigten oder Sequenzierungs-bestätigten Fälle in Österreich über den Zeitraum KW 01 – 10	19
Abbildung 12: Hospitalisierungen und Intensivbetten.....	21

Abbildung 13: Täglicher Zuwachs Hospitalisierungen und täglicher Zuwachs Intensivbetten, 7 Tägiges-Mittel seit 2.11	21
Abbildung 14: Prognose vom 16.03.2021	24
Abbildung 15: Ländervergleich 7-tägiges Mittel Inzidenz	25
Abbildung 16: Kurzübersicht aktuell gültiger Maßnahmen und 7-Tages-Inzidenz der Nachbarstaaten (Stand: 8.3.2021)	26

Abkürzungsverzeichnis

AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
COVID-19-SchuMaV	Covid-19 - Schutzmaßnahmenverordnung
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
EW	Einwohner und Einwohnerinnen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ICU	Intensive Care Unit
KW	Kalenderwoche
Reff	Effektive Reproduktionsrate
SKKM	Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement

1 Beschlussgrundlagen und Einstufung der Corona Kommission

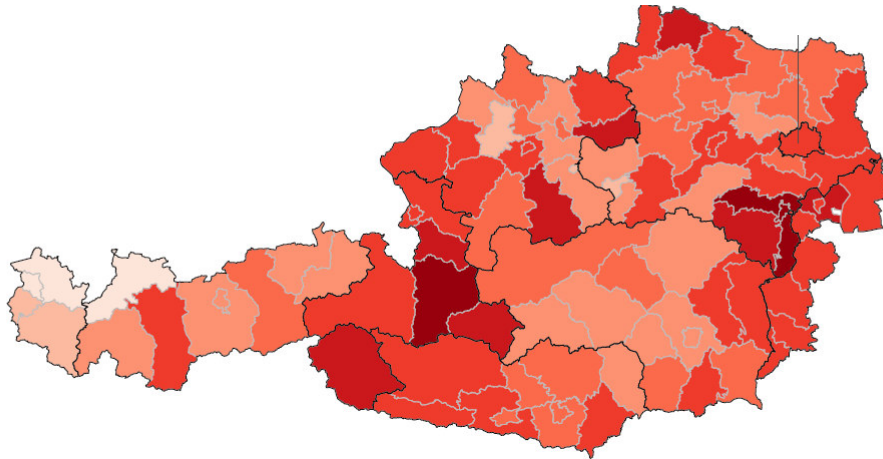
Tabelle 1:
Beschlussgrundlagen und Einstufung der Corona Kommission

	Risikoindikatoren	B	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W	Ö	
	Rohe 7-Tagesinzidenz KW 10	263,2	213,4	229,4	188,3	267,9	182,8	153,9	69,2	248,6	209,1	
	Rohe 7-Tagesinzidenz 16.3., 24h	251,3	187,4	234,6	194,6	283,7	169,0	157,7	59,7	273,9	213,5	
Verbreitungsrisiko	Faktoren für die Adjustierung											
	Trend*	13%	1%	6%	20%	19%	0%	17%	-9%	21%	12%	
		↗	→	→	↗	↗	→	↗	↘	↗	↗	
	Abgeklärte Fälle	52%	53%	61%	50%	40%	56%	55%	65%	72%	58%	
	Asymptomatische Fälle	35%	33%	38%	24%	21%	20%	29%	29%	56%	36%	
	Risikoadjustierung											
	Effektgröße	10%	6%	-3%	28%	35%	12%	19%	-3%	-3%	5%	
	Risikoadjustierte 7-Tagesinzidenz	290,8	226,1	222,5	240,2	362,9	204,5	182,6	67,4	241,4	220,0	
Systemrisiko	Ist-Belag ICU 17.3.21	35,2%	8,8%	26,7%	18,4%	10,2%	11,6%	13,9%	5,8%	30,1%	19,7%	
	Prognose ICU (max. Auslastung 14 Tage)	42,1%	11,6%	32,3%	23,7%	16,5%	14,0%	17,3%	5,8%	41,9%	25,7%	
	Trend der über 65jährigen*	8,2%	2,3%	-6,1%	3,1%	31,2%	11,7%	-1,3%	-2,4%	20,4%	19,0%	
Qualitative Indikatoren	Testungen je 100.000 Ew.	25.019	16.185	25.105	19.490	21.546	22.355	37.060	23.455	15.569	21.888	
	R_{eff}											
	R_{eff} absolut 14.3	1,09	1,05	1,04	1,13	1,09	1,05	1,12	0,98	1,11	1,08	
	Variants of concern											
	Prävalenz N501Y-Positive in % per 17.3.21	94,26%	84,44%	74,49%	74,23%	75,83%	65,51%	45,25%	32,57%	80,28%	73,42%	
Verweildauer in Risikostufe												
	Einstufung per 18.3.	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	

*Vergleich der Inzidenz der vergangenen 14-Tagesperiode zur Inzidenz der 7 Tage überlappenden 14-Tagesperiode. (Methode gemäß ECDC weekly report July 2020)

Quelle: Corona Kommission

Abbildung 1:
Kumulative Inzidenz/100.000 EW nach Bezirk der vergangenen 7 Tage (10.03.2021 – 16.03.2021). Es gilt die regionale Falldefinition.



7-Tagesinzidenz in Wiener Bezirken entspricht dem Landesdurchschnitt.
Quelle: AGES

Tabelle 2:

Anzahl der neu identifizierten Infektionsfälle und kumulative Inzidenz/100.000 EW der vergangenen 7 Tage (10.03.2021 – 16.03.2021) der Bezirke mit einer kumulativen Inzidenz über 200 pro 100.000 EW

Bezirk	Fälle	in %	pro 100.000 EW
Wiener Neustadt (Stadt)	230	1,2	501,9
Sankt Johann im Pongau	351	1,8	432,3
Wiener Neustadt (Land)	322	1,7	411,2
Neunkirchen	342	1,8	396,1
Lienz	187	1,0	383,7
Tamsweg	70	0,4	345,7
Perg	229	1,2	332,0
Waidhofen an der Thaya	85	0,4	331,0
Hallein	188	1,0	309,1
Kirchdorf an der Krems	176	0,9	308,4
Eisenstadt-Umgebung	132	0,7	305,3
Güssing	77	0,4	299,6
Scheibbs	123	0,6	297,0
Baden	433	2,3	295,1
Leibnitz	249	1,3	293,8
Gmünd	107	0,6	292,7
Wels-Land	213	1,1	288,7
Imst	172	0,9	284,4
Bruck an der Leitha	288	1,5	277,6
Eisenstadt (Stadt)	41	0,2	276,7
Salzburg (Stadt)	429	2,3	276,7
Horn	85	0,4	274,8
Wien	5.234	27,5	273,9
Hermagor	48	0,3	265,9
Oberpullendorf	98	0,5	262,1
Villach Land	169	0,9	261,5
Sankt Pölten (Stadt)	144	0,8	259,4
Mattersburg	103	0,5	257,2
Braunau am Inn	271	1,4	256,7
Ried im Innkreis	154	0,8	249,6
Weiz	226	1,2	249,3
Oberwart	132	0,7	243,6
Salzburg-Umgebung	365	1,9	237,8
Freistadt	157	0,8	234,8
Vöcklabruck	319	1,7	232,3
Wels (Stadt)	144	0,8	230,5
Jennersdorf	37	0,2	216,4
Hartberg-Fürstenfeld	194	1,0	214,1
Völkermarkt	89	0,5	212,6
Spittal an der Drau	161	0,8	212,2
Zell am See	181	1,0	206,6
Gänserndorf	213	1,1	203,3
Sankt Pölten (Land)	267	1,4	202,7

Quelle: AGES

2 Verbreitungsrisiko

Tabelle 3:

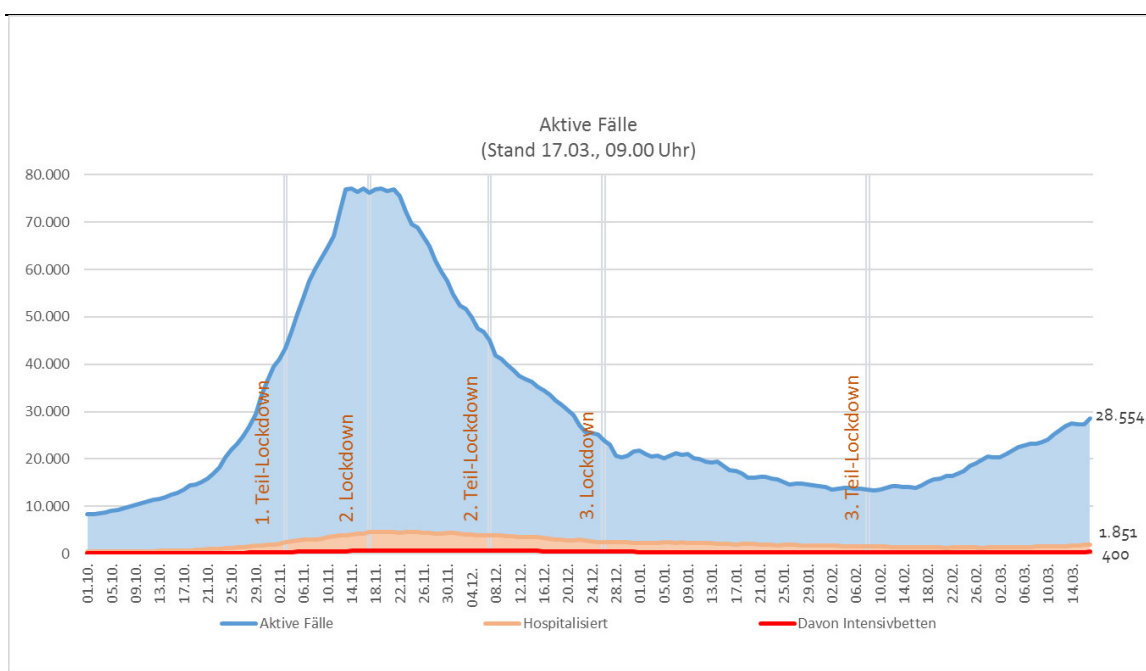
7-Tages-Inzidenz und R_{eff} , 05.03.21–15.03.21. R_{eff} wird basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen geschätzt. Fälle vom 16.03. sind exkludiert

	10.03.21	11.03.21	12.03.21	13.03.21	14.03.21	15.03.21	16.03.21
R_{eff}	1,09	1,09	1,10	1,12	1,08	1,07	-
7 Tages Inzidenz	194,3	202,3	205,8	209,1	209,1	211,5	213,5

Quelle: AGES

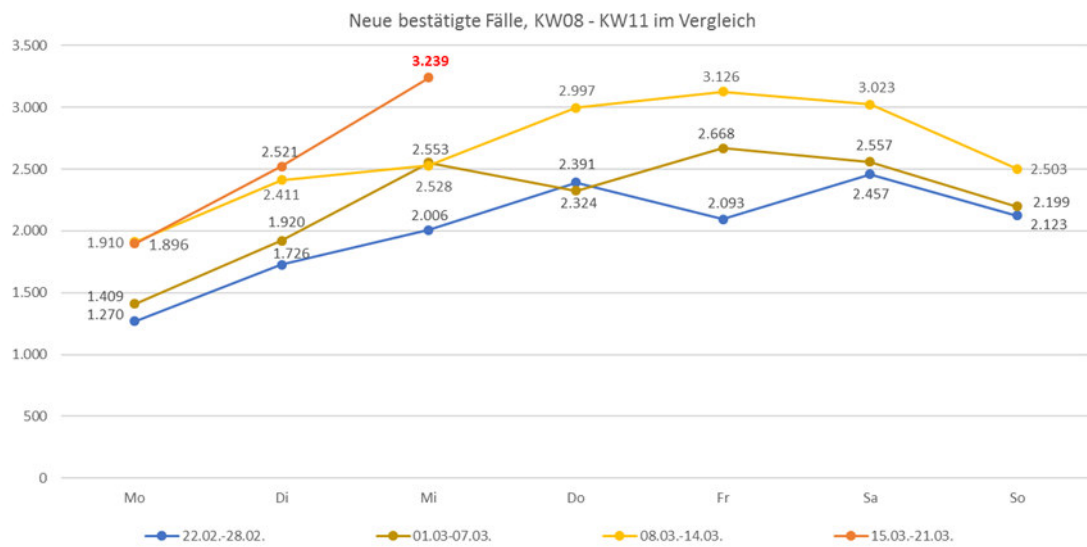
Abbildung 2:

Aktive Fälle: Stand 16.3.2021



Quelle: EMS: Datenübermittlung der Bundesländer an BMI und BMSGPK; Berechnung BMSGPK

Abbildung 3:
Neue bestätigte Fälle, KW08-KW11 im Vergleich



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

2.1 Quellen/Clusterabklärung und Symptomatik

Tabelle 4:

Österreich, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen. Informationen betreffend Abklärung und Setting der Übertragung beziehen sich auf die Anzahl der Fälle von Österreich exklusive der Fälle mit Wohnort Bundesland Wien.
Fälle nach Setting des Infektionserwerbs

	05	06	07	08	09	10
Fälle ¹ Österreich (N)	9.212	9.556	11.771	14.323	16.500	18.608
Fälle¹ Österreich exkl. Wien (N)	7.463	7.459	9.114	10.840	12.315	13.857
Anteil asymptomatisch	25,8%	25,0%	26,3%	28,9%	29,2%	28,8%
Fälle asymptomatisch (n)	1.922	1.868	2.396	3.128	3.601	3.997
Fälle ungeklärt ² (n)	2.582	2.556	2.957	3.548	4.310	6.382
Indexfälle ³ (n)	1.433	1.538	1.815	2.077	2.344	1.603
Anteil geklärt	65,4%	65,7%	67,6%	67,3%	65,0%	53,9%
Fälle geklärt ⁴ (n)	4.881	4.903	6.157	7.292	8.005	7.475
Clusterfälle ⁵ (n)	5.955	6.119	7.542	8.843	9.807	8.447
sporadisch importierte Fälle (n)	47	47	50	51	48	39
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	4.506	4.571	5.711	6.744	7.415	6.808
Haushalt	63,0%	65,2%	64,2%	64,9%	67,6%	73,6%
Freizeit	15,4%	16,0%	15,7%	16,3%	15,2%	13,0%
Gesundheit-Sozial	10,0%	6,3%	4,4%	2,9%	2,1%	1,5%
Arbeit	8,0%	9,1%	9,2%	7,3%	6,2%	5,0%
Hotel-Gastro	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%
Bildung	2,0%	1,4%	4,3%	6,8%	7,1%	5,9%
Transport	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%
Reise	0,4%	0,6%	0,7%	0,6%	0,4%	0,2%
Haushalt (n)	2.841	2.981	3.665	4.377	5.011	5.009
Bildung (n)	88	66	246	459	523	402
Gesundheit-Sozial (n)	450	286	250	193	155	104
Reise (n)	16	27	42	38	30	15
Fälle¹ Wien (N)	1.749	2.097	2.657	3.483	4.185	4.751
Anteil asymptomatisch	31,0%	32,5%	27,1%	25,8%	29,2%	41,0%
Fälle asymptomatisch (n)	542	682	719	899	1.221	1.948
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.140	1.363	1.671	1.977	2.442	2.713
Haushalt	68,5%	74,1%	70,8%	70,0%	74,1%	80,6%
Gesundheit-Sozial	14,5%	8,3%	6,2%	4,4%	3,5%	3,2%
Arbeit	7,7%	7,4%	5,7%	5,7%	5,5%	5,2%
Bildung	3,4%	3,5%	10,3%	14,6%	11,3%	6,6%
Freizeit	5,0%	5,7%	6,2%	5,3%	5,2%	4,2%
Hotel-Gastro	0,6%	0,5%	0,4%	0,0%	0,3%	0,1%
Reise	0,3%	0,5%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne eruierbare Quelle

³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

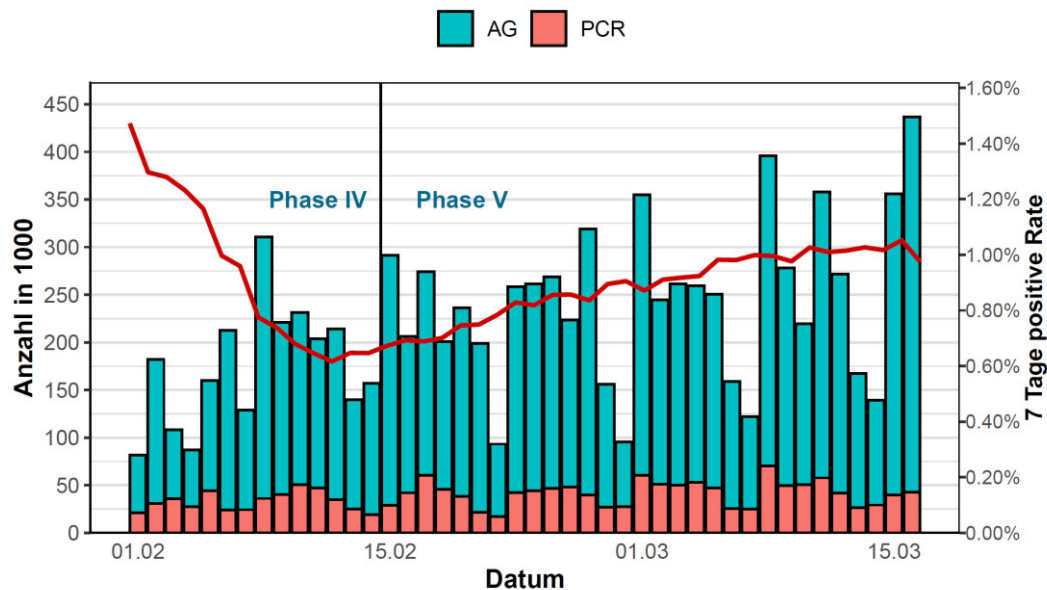
⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

⁶ Clusterfälle exkl. Indexfälle

Quelle: AGES

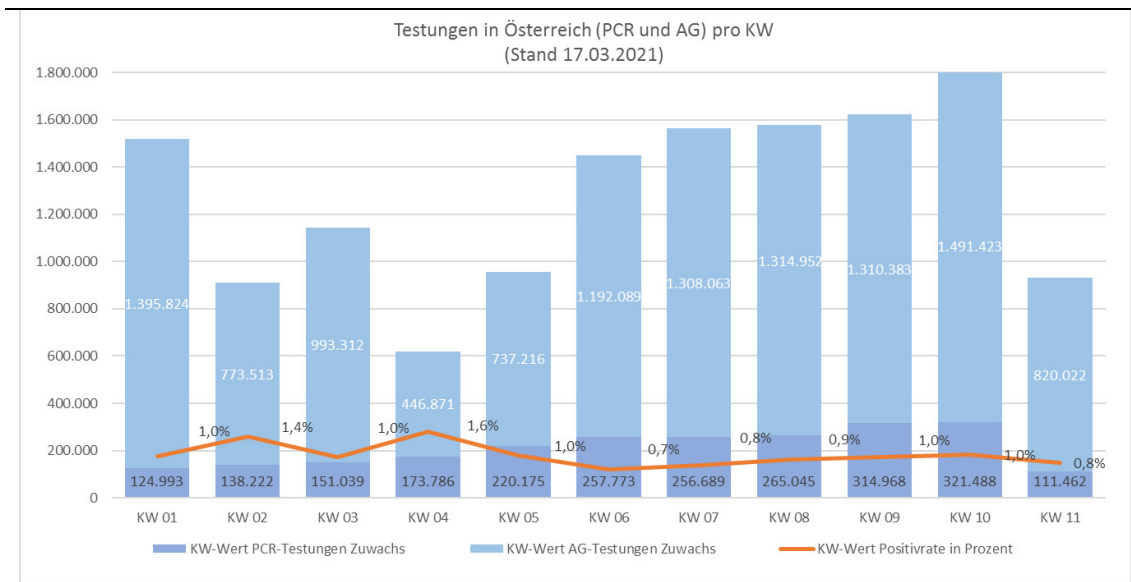
2.2 Testungen

Abbildung 4:
Gemeldete Anzahl von AG und PCR Tests, 01.02.2021 – 16.03.2021



Quelle: BMI/AGES

Abbildung 5:
Gemeldete Anzahl von AG und PCR Tests, Stand 17.03.2021



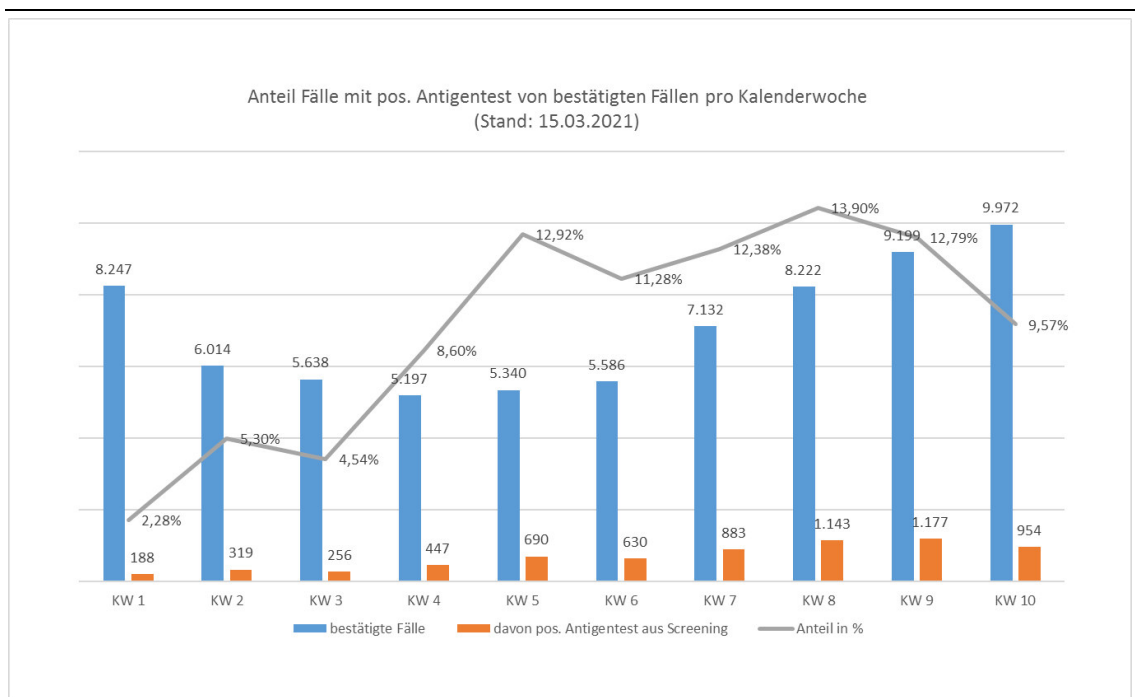
Quelle: AGES/BMI

- In den letzten 7 Tagen wurden 1.660.118 AG-Testungen und 288.106 PCR-Testungen ein gemeldet. Das sind +10,2% bei den AG-Testungen und -11,5% bei den PCR-Testungen (Woche zuvor 1.491.423 AG-Testungen und 321.488 PCR-Testungen). Die Positivrate in der laufenden KW 11 beträgt 0,8% (Stand: 17.03.) das entspricht einem Rückgang von 0,2 im Vergleich zur KW 10.

Die folgende Grafik stellt eine Extrapolation auf Basis der zum Berichtszeitpunkt verfügbaren Daten dar. Sie zeigt den geschätzten Anteil der positiven Antigentestungen für ganz Österreich gemäß Screening Datenbank (folglich exkl. Schultestungen), welche durch eine darauffolgende PCR-Untersuchung bestätigt werden und somit als bestätigte Fälle definiert werden.

Der Prozentsatz entspricht somit dem Anteil der durch Screening-Testungen detektierten bestätigten Fälle.

Abbildung 6:
Anteil Fälle mit pos. Antigentest von bestätigten Fällen pro Kalenderwoche



Quelle: EMS, Berechnungen BMSGPK, Stand: 15.03.2021

- Der Anteil an pos. Antigen-Getesteten im Rahmen von Screenings (exkl. Schultest) ist beginnend mit KW 4 sprunghaft angestiegen und seither auf einem Niveau zwischen rund 11 und 14% zu liegen gekommen. Daraus lässt sich schließen, dass das erhöhte Testaufkommen in geringem Ausmaß zu den aktuellen Anstiegen beiträgt.
- Dabei ist zu berücksichtigen, dass nur die Zahl der Tests und nicht die Zahl der getesteten Personen bekannt ist und es somit möglich ist, dass ein und dieselbe Person mehrmals pro Woche einer Testung unterzogen wird.

Tabelle 5:

Antigen (AG) Schultestungen nach Schulstufe; Anzahl Antigentests (N), Anzahl der positiven Antigentests (n), Positivrate (n/N) in Schülerpopulation

Schulart	Bundesland	KW 09				KW 10			
		AG Tests N	AG Test positive n	AG Test positive in % (n/N)	EMS-Fälle	AG Tests N	AG Test positive n	AG Test positive in % (n/N)	EMS-Fälle
Primarstufe	Burgenland	21.867	8	0,04%	37	19.029	3	0,02%	35
	Kärnten	39.951	6	0,02%	42	39.476	6	0,02%	46
	Niederösterreich	122.607	64	0,05%	209	123.564	70	0,06%	219
	Oberösterreich	108.514	34	0,03%	125	111.283	57	0,05%	169
	Salzburg	43.472	22	0,05%	56	42.298	27	0,06%	81
	Steiermark	85.846	34	0,04%	138	76.951	18	0,02%	149
	Tirol	56.178	16	0,03%	33	57.420	13	0,02%	66
	Vorarlberg	35.097	5	0,01%	17	30.996	5	0,02%	14
	Wien	151.526	144	0,10%	285	150.131	105	0,07%	288
	Österreich	665.058	333	0,05%	942	651.148	304	0,05%	1.067
Sekundarstufe I	Burgenland	11.514	3	0,03%	34	10.772	3	0,03%	48
	Kärnten	22.857	8	0,04%	55	21.609	9	0,04%	53
	Niederösterreich	73.353	41	0,06%	252	66.670	42	0,06%	282
	Oberösterreich	47.975	24	0,05%	178	44.842	20	0,04%	192
	Salzburg	23.123	6	0,03%	81	21.305	10	0,05%	78
	Steiermark	48.235	12	0,02%	131	45.501	9	0,02%	111
	Tirol	33.292	2	0,01%	49	29.727	6	0,02%	49
	Vorarlberg	19.977	3	0,02%	15	17.967	3	0,02%	21
	Wien	83.671	86	0,10%	267	77.420	53	0,07%	339
	Österreich	363.997	185	0,05%	1.062	335.813	155	0,05%	1.173
Sekundarstufe II	Burgenland	11.877	12	0,10%	52	9.892	16	0,16%	55
	Kärnten	18.905	31	0,16%	91	14.579	24	0,16%	114
	Niederösterreich	53.924	53	0,10%	250	46.156	54	0,12%	322
	Oberösterreich	47.142	50	0,11%	213	44.498	41	0,09%	270
	Salzburg	19.830	31	0,16%	109	16.849	33	0,20%	114
	Steiermark	38.479	45	0,12%	155	32.925	34	0,10%	163
	Tirol	24.756	27	0,11%	64	21.158	20	0,09%	72
	Vorarlberg	13.826	5	0,04%	17	12.301	2	0,02%	24
	Wien	85.459	104	0,12%	282	76.547	59	0,08%	323
	Österreich	314.198	358	0,11%	1.233	274.905	283	0,10%	1.457

Anteil der via PCR pos. bestätigten Antigenpositiven ist nicht bekannt
Quelle: BMBWF, Schultestungen (AG-Testungen)

Tabelle 6:

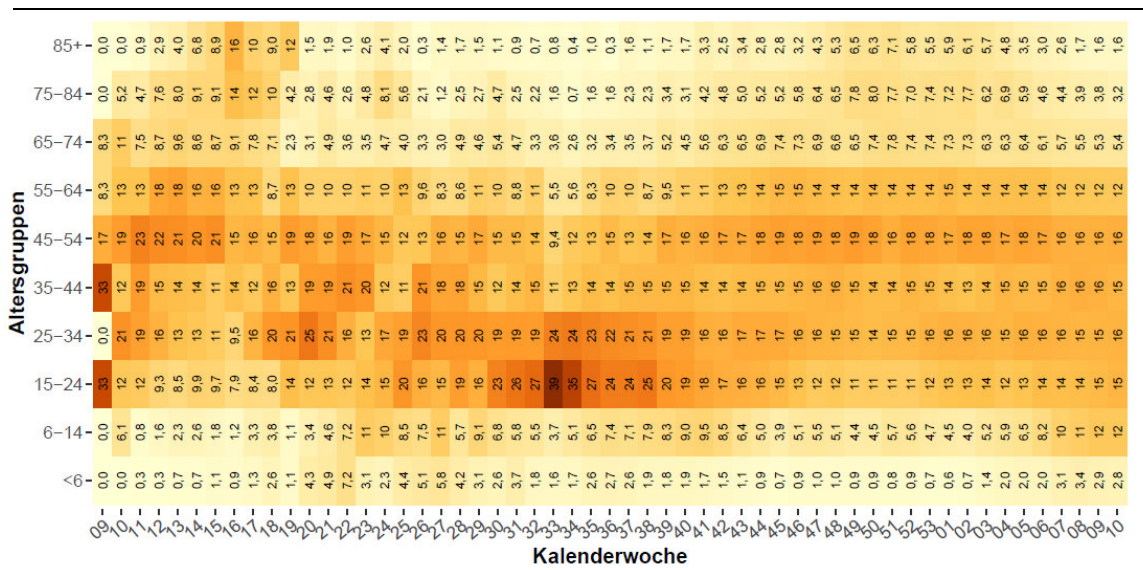
Antigen (AG) Schultestungen nach Schulstufe; Anzahl Antigentests (N), Anzahl der positiven Antigentests (n), Positivrate (n/N) bei Schulpersonal

Schulart	Bundesland	KW 09			KW 10		
		AG Tests N	AG Test positive n	AG Test positive in % (n/N)	AG Tests N	AG Test positive n	AG Test positive in % (n/N)
Primarstufe	Burgenland	253	2	0,79%	1.992	9	0,45%
	Kärnten	221	0	0,00%	4.828	30	0,62%
	Niederösterreich	352	1	0,28%	12.242	12	0,10%
	Oberösterreich	986	6	0,61%	11.288	46	0,41%
	Salzburg	99	1	1,01%	4.474	7	0,16%
	Steiermark	608	0	0,00%	8.954	23	0,26%
	Tirol	271	1	0,37%	5.666	11	0,19%
	Vorarlberg	320	0	0,00%	3.331	0	0,00%
	Wien	808	9	1,11%	10.883	51	0,47%
	Österreich	3.918	20	0,51%	63.658	189	0,30%
Sekundarstufe I	Burgenland	162	1	0,62%	2.115	3	0,14%
	Kärnten	341	2	0,59%	4.266	9	0,21%
	Niederösterreich	721	0	0,00%	11.919	19	0,16%
	Oberösterreich	743	1	0,13%	10.016	17	0,17%
	Salzburg	272	2	0,74%	3.607	5	0,14%
	Steiermark	649	1	0,15%	9.193	14	0,15%
	Tirol	324	0	0,00%	4.244	9	0,21%
	Vorarlberg	355	0	0,00%	3.651	1	0,03%
	Wien	516	4	0,78%	10.177	29	0,28%
	Österreich	4.083	11	0,27%	59.188	106	0,18%
Sekundarstufe II	Burgenland	125	0	0,00%	1.416	3	0,21%
	Kärnten	307	1	0,33%	2.726	2	0,07%
	Niederösterreich	606	1	0,17%	6.438	7	0,11%
	Oberösterreich	650	3	0,46%	5.933	14	0,24%
	Salzburg	296	0	0,00%	2.144	0	0,00%
	Steiermark	559	1	0,18%	6.126	11	0,18%
	Tirol	303	0	0,00%	2.259	2	0,09%
	Vorarlberg	177	0	0,00%	1.780	0	0,00%
	Wien	627	2	0,32%	8.093	5	0,06%
	Österreich	3.650	8	0,22%	36.915	44	0,12%

Anteil der via PCR pos. bestätigten Antigenpositiven ist nicht bekannt
Quelle: BMBWF, Schultestungen (AG-Testungen)

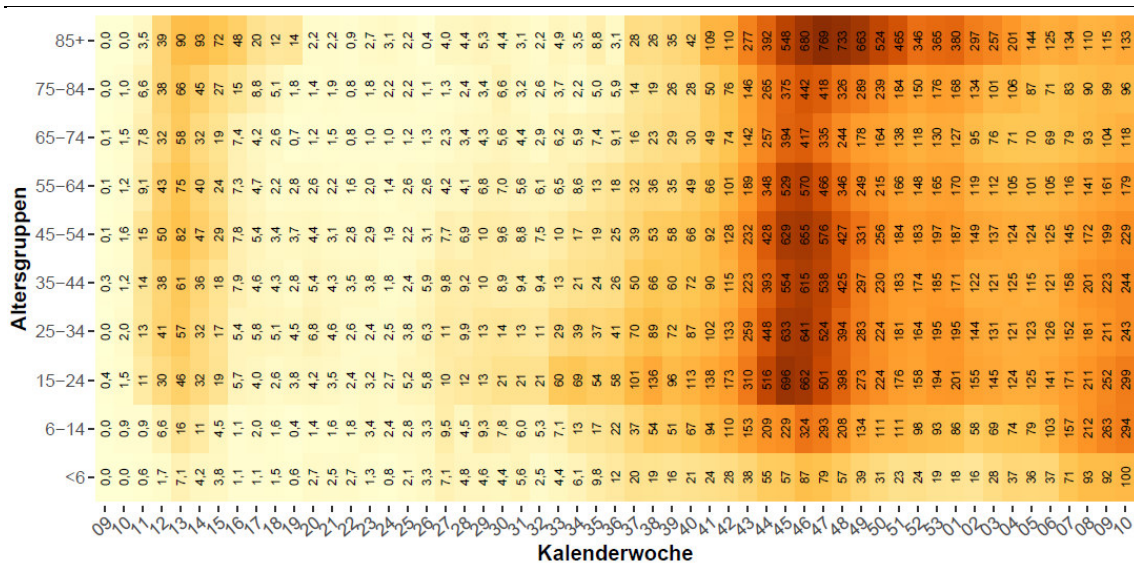
2.3 Entwicklungen in den Altersgruppen

Abbildung 7:
Altersverteilung der Fälle (in Prozent) nach Kalenderwoche der Labordiagnose



Quelle: AGES

Abbildung 8:
Inzidenz der Altersgruppen nach Kalenderwoche der Labordiagnose

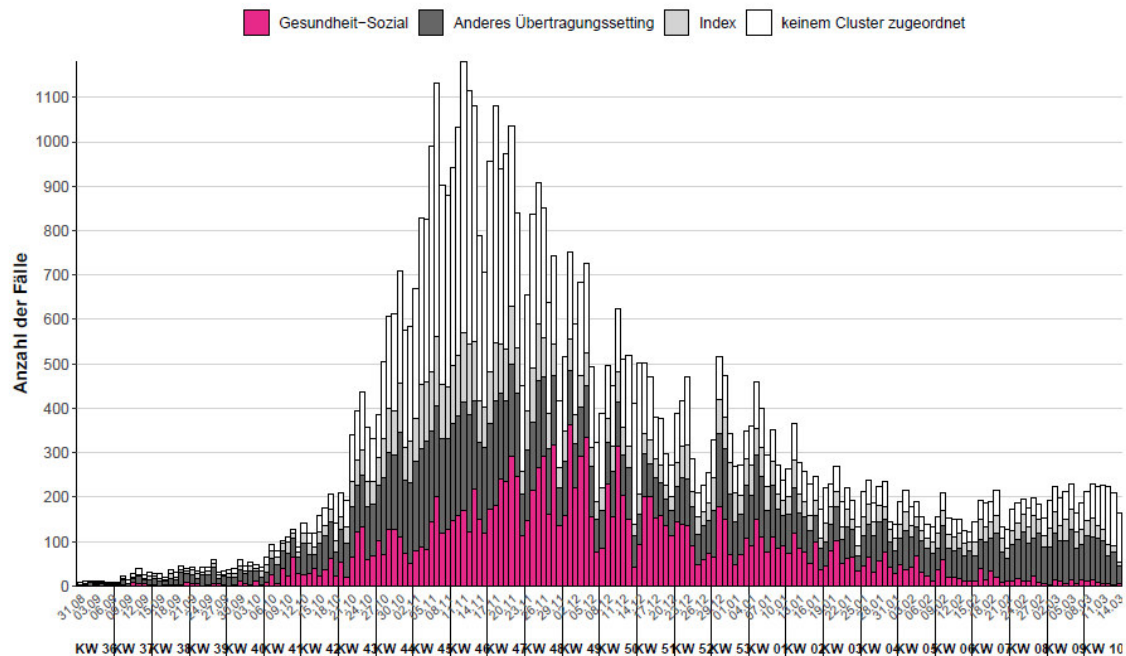


Quelle: AGES

- Es konnte ein geringfügiger Abfall des prozentualen Anteils der über 65jährigen an allen Fällen verzeichnet werden.
- Der prozentuale Anteil der 5 bis 24jährigen an allen Fällen stieg hingegen.

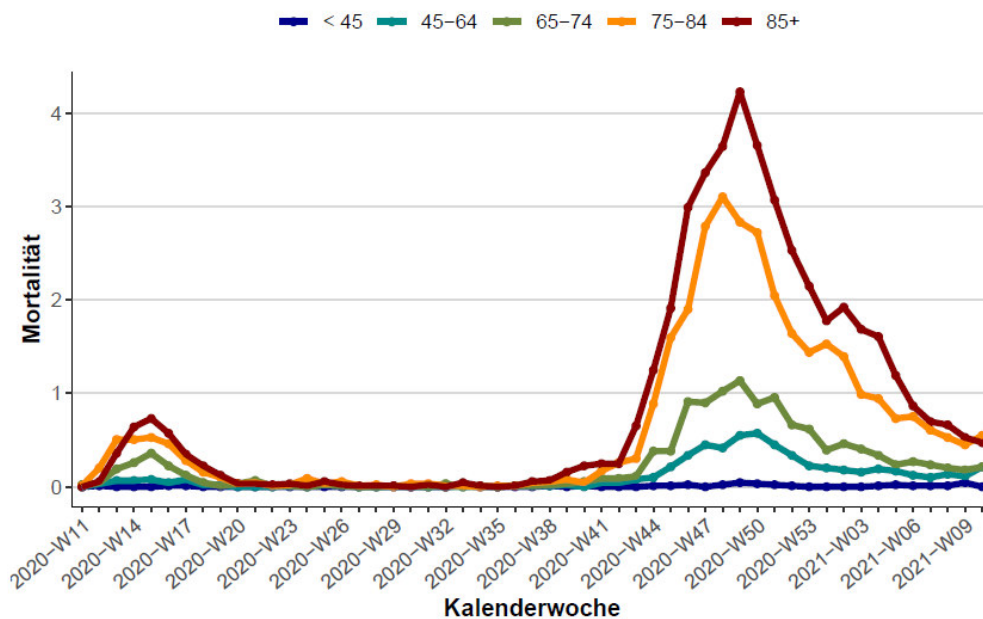
2.4 Altersdurchschnitt

Abbildung 9:
Österreich (exklusive Wien), Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65 -Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.



Quelle: AGES

Abbildung 10:
Mortalität pro 100.000 EW nach Altersgruppe und Kalenderwoche, seit 2020 KW 11



Quelle: AGES

Tabelle 7:

Vergleich der Inzidenz der vergangenen 14-Tagesperiode (03.03.2021-16.03.2021) zur Inzidenz der 7 Tage überlappenden 14-Tagesperiode (24.02.2021-09.03.2021).

(Methode gemäß ECDC weekly report July 2020)

	Trend Gesamt	Klassifikation	Trend ≥ 65	Klassifikation
Österreich	12,08%	increasing	8,17%	stable
Burgenland	13,02%	increasing	2,26%	stable
Kärnten	0,67%	stable	-6,09%	stable
Niederösterreich	5,92%	increasing	3,09%	stable
Oberösterreich	19,61%	increasing	31,20%	increasing
Salzburg	18,87%	increasing	11,68%	increasing
Steiermark	0,02%	stable	-1,27%	stable
Tirol	16,57%	increasing	-2,44%	stable
Vorarlberg	-9,38%	decreasing	-20,37%	decreasing
Wien	21,03%	increasing	19,00%	increasing

Quelle: AGES

- Der Altersdurchschnitt inzidenter Fälle ist zwischen KW 2 und KW 9 kontinuierlich gesunken. Von KW 10 auf KW 11 kam es zu einem erneuten Anstieg von 37,9 Jahren auf 38,9 Jahre.
- In den vergangenen Wochen ist ein Anstieg in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen feststellbar. Dieser kann mit der Einführung des systematischen Testens in Bildungseinrichtungen assoziiert werden, wodurch eine Verringerung der Dunkelziffer erreicht werden konnte.
- Seit Jahresbeginn kann ein relevanter Rückgang von Neuinfektionen, aktiven Fällen und Clustern in den Alten- und Pflegeheimen und der damit verbundenen Mortalität beobachtet werden. Dies kann mit den gesetzten Präventionsmaßnahmen und der mittlerweile relativ hohen Durchimpfungsrate in dieser Bevölkerungsgruppe in Verbindung gebracht werden. Insgesamt stieg jedoch die 7-Tagesinzidenz der über 65-Jährigen österreichweit zuletzt wieder.

2.5 Virusvarianten

Tabelle 8:

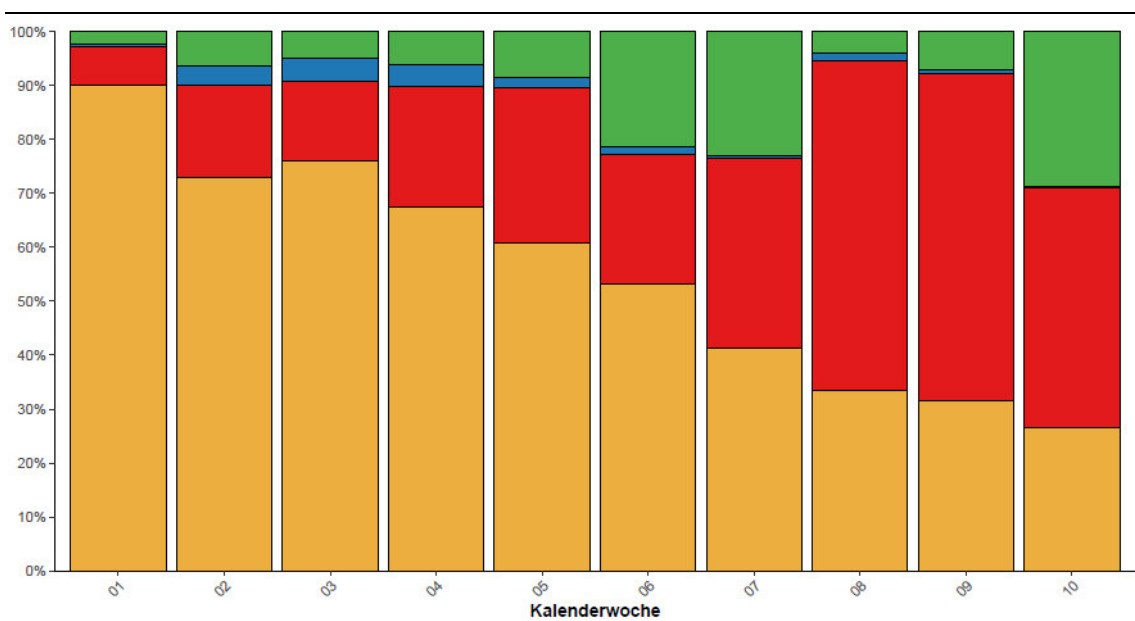
Anteil der N501Y positiven Fälle an N502Y getesteten Fällen (PCR-basiert oder sequenziert)

Bundesland	Variants of concern %				
	KW 06	KW 07	KW 08	KW 09	KW 10
Burgenland	75,09 %	83,23 %	88,16 %	92,32 %	94,26 %
Kärnten	41,26 %	52,72 %	66,30 %	74,18 %	84,44 %
Niederösterreich	50,37 %	60,82 %	64,34 %	68,74 %	74,49 %
Oberösterreich	45,21 %	66,27 %	71,93 %	69,60 %	74,23 %
Salzburg	40,67 %	67,42 %	82,34 %	81,72 %	75,83 %
Steiermark	30,99 %	44,36 %	51,86 %	59,06 %	65,51 %
Tirol	50,62 %	34,83 %	53,36 %	39,81 %	45,25 %
Vorarlberg	21,03 %	32,14 %	31,33 %	29,36 %	32,57 %
Wien	56,27 %	64,83 %	72,13 %	72,65 %	80,28 %
Österreich	46,74 %	58,73 %	66,54 %	68,49 %	73,42 %

Quelle: AGES

Abbildung 11:

Anteile B.1.1.7 und B.1.351 PCR-bestätigten oder Sequenzierungs-bestätigten Fälle in Österreich über den Zeitraum KW 01 - 10



Quelle: AGES

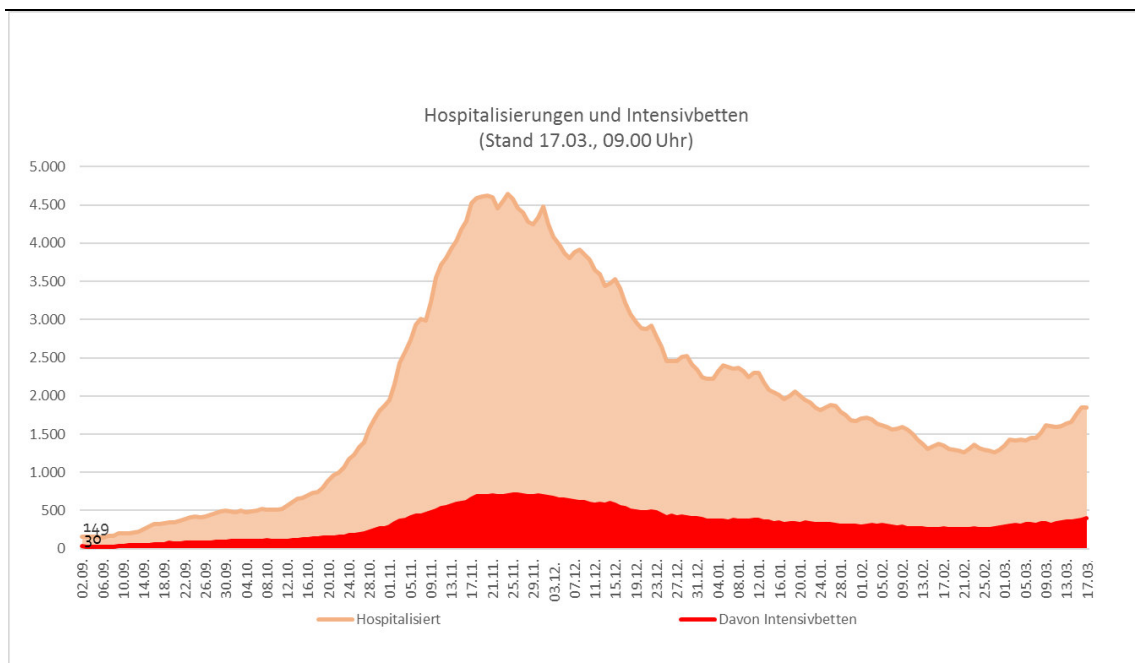
- Surveillance-daten aus der Mehrheit der Bundesländer zeigen einen deutlichen Anstieg der Prävalenz von N501Y-positiven Fällen.
- Mit Ausnahme von Vorarlberg und Tirol sind Infektionen mit der Mutation N501Y (vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) bereits dominant (größer als 70%).
- Zudem hat sich die Corona Kommission erneut zur Verbreitung der Virusvariante B1.351 beraten, die in allen Bundesländern rückläufig ist. In KW 10 wurden österreichweit 41 Fälle detektiert.
- Am stärksten von dieser Variante betroffen waren in KW 10 nunmehr die Bundesländer Wien (11 Fälle), Tirol (20 Fälle), Niederösterreich (7 Fälle), Vorarlberg (3 Fälle).

- Bislang konnten die gesetzten Maßnahmen in Gebieten mit größeren Clustern der Virusvariante B1.351 (insbes. Tirol), wie Testen der K1- & K2-Personen mit PCR-Verfahren; Kontaktpersonenerhebung bis zu 96 Stunden zurück, intensiviertes Testangebot mit Bereitstellung von PCR-Tests an die gesamte Bevölkerung etc. die Verbreitung der Virusvariante B1.351 zurückdrängen. Der Anteil an PCR-Screenings und Sequenzierungen von B.1.351 Fällen hat sich von rund 25% in KW 4 auf 0,3% in KW 10 reduziert.

3 Systemrisiko

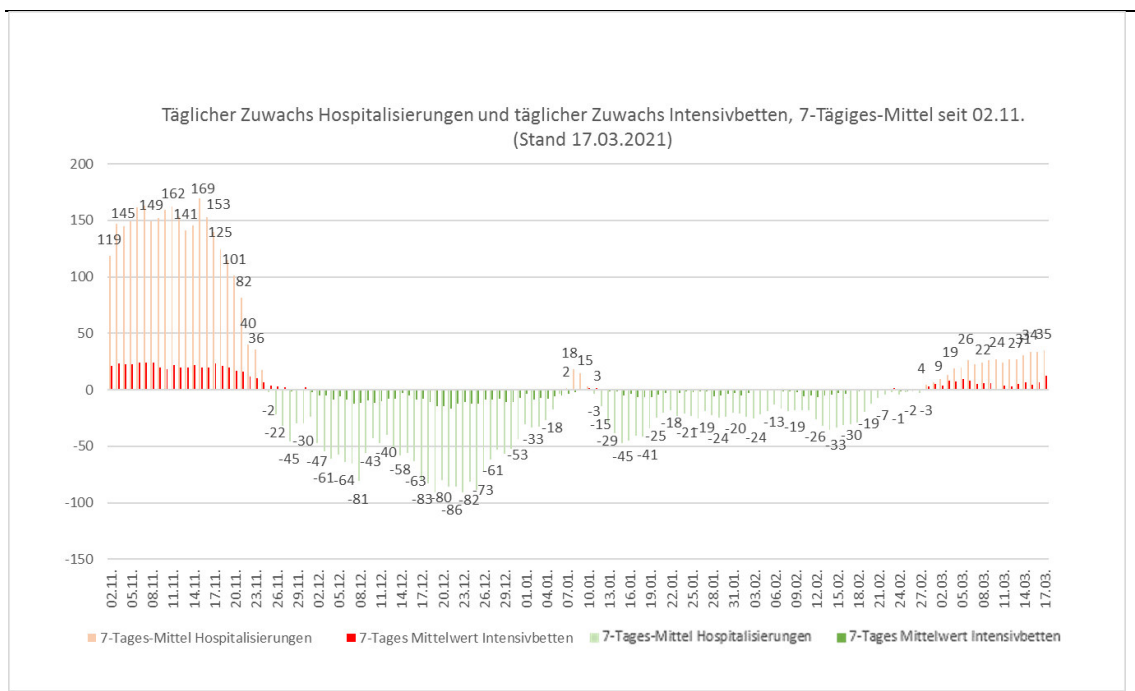
3.1 Kapazitätserhebung - Hospitalisierungen

Abbildung 12:
Hospitalisierungen und Intensivbetten



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

Abbildung 13:
Täglicher Zuwachs Hospitalisierungen und täglicher Zuwachs Intensivbetten, 7 Tägiges-Mittel seit 2.11.



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

Dieser Abschnitt stellt die Ergebnisse der Kapazitätserhebung per Stichtag 17.03. dar. Des Weiteren enthält die Darstellung eine 7-Tagesübersicht (11.03. bis 17.03.2021) inkl. Prognosedaten. Die Daten für Wien werden der täglichen SKKM-Meldung entnommen.

Reporting zur Kapazitätserhebung - Intensivpflegestationen (in LGF-finanzierten Krankenhäusern und UKH der AUA) 17.03. (MI)

	Maximal verfügbare Betten (sofort und in 7 Tagen) im Vergleich zur 7-Tage-Normalpflegebetten-Prognose (Stichtag: 24.03.2021)			Weiterer Belags-Trend gem. Prognose von 17.03.2021 - 24.3.2021*
	Erwartet	Maximum (68% KI)	Maximum (95% KI)	
Burgenland	4	-2	-9	↗
Kärnten	21	15	9	↗
Niederösterreich	83	69	53	↗
Oberösterreich	53	43	30	↗
Salzburg	29	23	16	↗
Steiermark	51	42	30	↗
Tirol	35	27	18	↗
Vorarlberg	63	60	51	→
Wien (SKKM-Meldung)	128	105	80	↗
Österreich gesamt	468	419	373	↗

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 *wöchentliche Aktualisierung

	heutiger COVID-19-Belag	Veränderung COVID-19-Belag zum Vortag	frei gesamt (in%)*
Burgenland	19	1	15%
Kärnten	15	-2	12%
Niederösterreich	89	3	26%
Oberösterreich	46	3	17%
Salzburg	14	-4	28%
Steiermark	40	-5	25%
Tirol	26	4	27%
Vorarlberg	3	0	31%
Wien (SKKM-Meldung)**	144	1	
Österreich gesamt**	396	1	

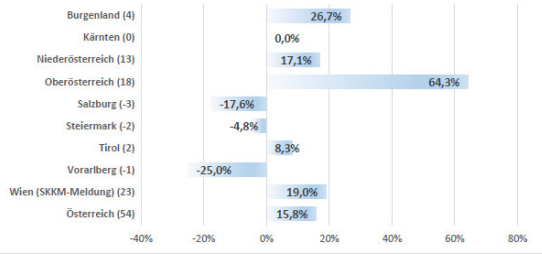
* Anteil der am Erhebungstag freien Intensivpflegebetten (COVID-19 + NICHT-COVID-19) an den gesamten Intensivpflegebetten (in %) ** Für Wien und Österreich gesamt wird kein Wert "frei gesamt (in%)" ausgewiesen, da in der Datenübermittlung von Wien zur Bettenbelegung nicht zwischen COVID-19 und NICHT-COVID-19 differenziert wird.

Anteil der freien Beatmungsgeräte und des nicht arbeitsfähigen Personals

	Personals	
	Anteil freier Beatmungsgeräte	Anteil nicht arbeitsfähiger Ärztinnen/-Ärzte DGKP
Burgenland	11%	4%
Kärnten	69%	4%
Niederösterreich	61%	5%
Oberösterreich	41%	4%
Salzburg	37%	7%
Steiermark	78%	5%
Tirol	27%	3%
Vorarlberg	65%	0%
Wien	k.A.	k.A.
Österreich (ohne Wien)	57%	4%

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

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 %

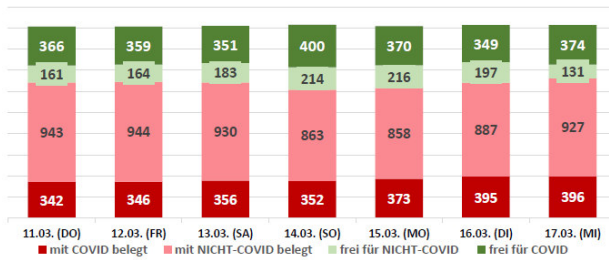
ÖSTERREICH

Meldetag: 17.03. (MI)

Es ist zu beachten, dass in der Datenübermittlung von Wien zur Bettenbelegung nicht zwischen COVID-19 und NICHT-COVID-19 differenziert wird.

Intensivpflegestationen - Betten gesamt 1.828

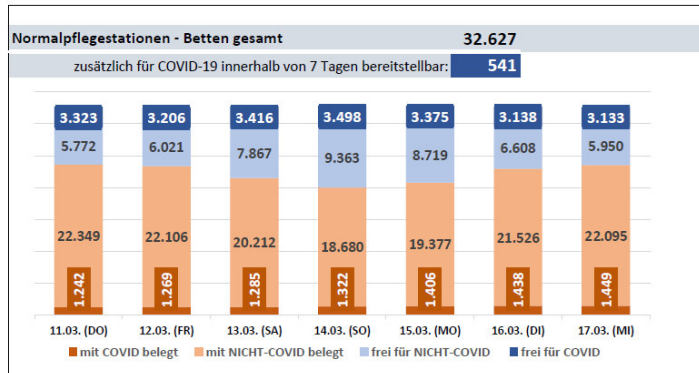
zusätzlich für COVID-19 innerhalb von 7 Tagen bereitstellbar: **145** insgesamt frei: **519** Maximal verfügbare Betten für COVID-19: **915**



Belag in 7 Tagen (lt. Prognose*)	Δ zu verfügbaren Betten	
Erwartet	447	468
max (68% KI)	496	419
max (95% KI)	542	373

Personal im Intensivpflegebereich

Ärztinnen gesamt	2.068
%-ANT krank/nicht arbeitsfähig	2,4%
DGKP gesamt	5.647
%-ANT krank/nicht arbeitsfähig	4,2%



Geräteausstattung

Beatmungsgeräte gesamt	2.112
Beatmungsgeräte frei (in %)	57,3%
ECMO gesamt	68
ECMO frei (in %)	69,1%

Erläuterungen:
 * Prognose Fallentwicklung COVID-19 (COVID-Prognose-Konsortium)
 -KI: Konfidenzintervall
 - insgesamt frei: Summe der Betten 'frei für COVID' + 'zusätzlich für COVID-19 innerhalb von 7 Tagen bereitstellbar'
 - Maximal verfügbare Betten für COVID-19: Summe der Betten 'mit COVID belegt' + 'insgesamt frei'

3.2 Aktuelle Prognose des COVID Prognose Konsortiums

Am Dienstag, 16.3.2021 wurde eine neue Prognose der Entwicklung der COVID-19 Fälle errechnet.

Im Burgenland ist der COVID-Belag bereits über der Grenze von 33% der gemeldeten Gesamtkapazität und ein weiterer Anstieg wird prognostiziert. Die Kapazitätsvorschau sieht darüber hinaus in Wien eine Überschreitung der Auslastungsgrenze von 33% COVID Belag an der ICU-Gesamtkapazität in den nächsten Tagen vor. In NÖ ist eine Überschreitung dieser Grenze innerhalb des 68%-Intervalls möglich.

In der Vorperiode (Prognose vom 9.3.) lag in Vorarlberg die beobachtete 7-Tages-Inzidenz unterhalb des 68%-Prognoseintervalls. Als ein Grund wird die vergleichsweise geringe N501Y-Prävalenz vermutet, wobei sich im Gegensatz zur Entwicklung in den anderen Bundesländern die Mutante derzeit nicht schneller ausbreitet als der ursprüngliche Typ.

Die effektive Reproduktionszahl lag in den letzten Tagen auf einem Niveau von etwa 1,1. Die Prognosen gehen von einer Fortsetzung dieses Trends aus, der sich in einem stetigen Wachstum der Inzidenz manifestiert. Dafür werden folgende Faktoren als maßgeblich erachtet.

- Mit Ausnahme Vorarlbergs und Tirols sind Infektionen mit der Mutation N501Y (vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) bereits dominant (Österreichweit betrug der Anteil über 80 %).
- Im Laufe des letzten Monats hat sich die Anzahl der behördlich angeordneten PCR- und Antigentests auf einem hohen Niveau von rund 250.000 Tests/Tag stabilisiert. Der Anstieg der Fallzahlen ist somit kaum auf die Veränderung des Testregimes zurückzuführen.

Als moderierende Faktoren kommen neben dem erhöhten Testgeschehen folgende Effekte in Frage:

- Zunehmende Anzahl der Geimpften bzw. Genesenen, abhängig von der Dunkelziffer könnten bereits 15 % bis 30 % der Bevölkerung immunisiert sein, was beginnt einen messbaren Effekt auf die Infektionsdynamik zu nehmen.
- Regionale Maßnahmensetzung wie ein Containment von Hochrisikoregionen und verschärfte Maßnahmen in Hotspots

Fallprognose

Die aktuellen Prognosen gehen von einem Infektionsgeschehen von rund 3.300 Fälle/Tag aus (3.000 Fälle/Tag am 1. Prognosetag bis 3.600 Fälle/Tag am letzten Prognosetag). Am letzten Prognosetag (24.03.) wird eine 7-Tages-Inzidenz von 263 erwartet (95% KI: 225-348). Die Entwicklung in den einzelnen Bundesländern ist dabei sehr unterschiedlich. Die Spannweite der 7-Tages-Inzidenz am letzten Prognosetag reicht von 61 in Vorarlberg bis 349 im Burgenland.

Der Anstieg der Prävalenz von Verdachtsfällen, die im Rahmen eines Vorscreenings positiv auf die Mutation N501Y getestet wurden (im Folgenden bezeichnet als „Mutanten“ oder „Fälle mit Mutation“), setzte sich in der letzten Woche fort. Im Burgenland betrug

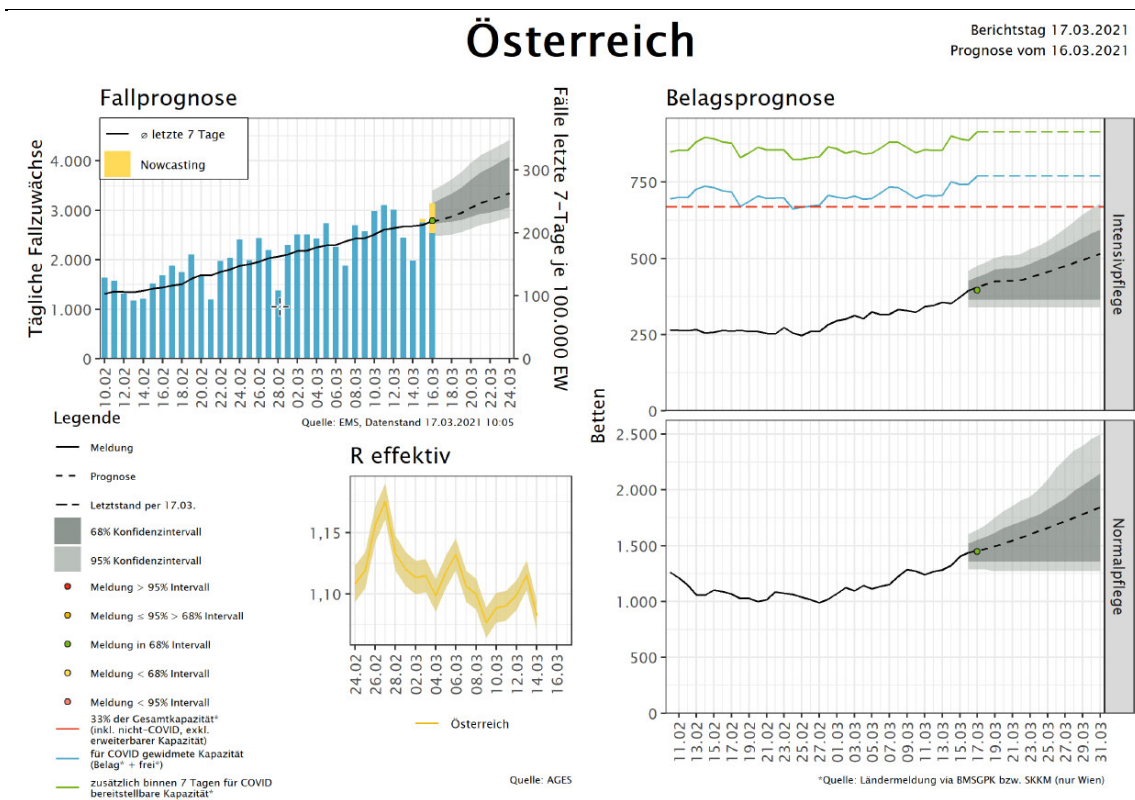
der Anteil der Mutanten in KW 10 bereits 98 % (Anteil bestätigter Fälle im Vergleich zu allen auf die Mutation untersuchten Proben abzüglich nicht auswertbarer Proben).

Belagsprognose

Bei der Kapazitätsvorschau wird von einem Anstieg des Belages auf ICU von 395 (am 16.03.) auf 515 (am 31.03.) ausgegangen. Dies entspricht einem Anteil des COVID-Belages an der ICU-Gesamtkapazität von 25,6% (31.03.). Mit 68% Wahrscheinlichkeit liegt der ICU-Belag am 31.03. zwischen 365 und 762. Auf Normalstationen wird ein Anstieg des Belages von 1.438 (am 16.03.) auf 1.845 (am 31.03.) erwartet. Mit 68% Wahrscheinlichkeit liegt der Belag auf Normalstationen am 31.03. zwischen 1.360 und 2.775.

Per 16.03. lag die Auslastung aller für COVID nutzbaren Intensivbetten (ohne innerhalb von 7 Tagen bereitstellbare Zusatzkapazität) gemäß Ländermeldungen an das BMSGPK bei 53,1%. Bezogen auf die gesamte Bettenkapazität auf Intensivpflegestationen (per 16.03: 2.012 Betten) lag die Auslastung bei 19,6%. Gemäß Prognose steigt dieser Anteil von 19,6% bis zum 31.03. auf 25,6%.

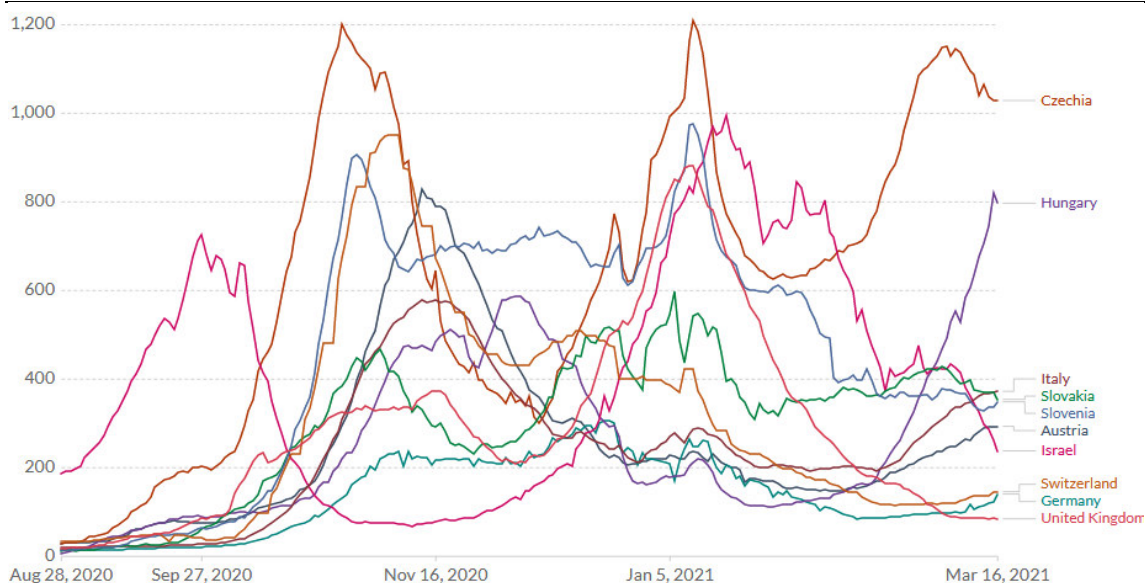
Abbildung 14:
Prognose vom 16.03.2021



Quelle: GÖG Prognose & Kapazitätsvorschau, Stand: 16.03.2021

4 Maßnahmen in ausgewählten Ländern/Ländervergleich

Abbildung 15:
Ländervergleich 7-tägiges Mittel Inzidenz



Quelle: OurWorldInData; 7-tägiges Mittel pro 1 Mio. EW; Stand 17.03.2021

Die nachfolgende Maßnahmenübersicht basiert auf den rezent von den österreichischen Botschaften der Nachbarstaaten übermittelten Berichten, die in einem Überblicksdokument „Maßnahmen anderer EU-MS (+ CH/UK/NO/IS) hinsichtlich Corona-Virus“ seitens BMEIA zusammengefasst wurden (Stand 08.03.2021 12:00).

6 von 13 betrachteten Ländern befinden sich in einem bundesweiten Lockdown, wobei 3 Länder (Ungarn und Tschechien, sowie Deutschland) den Lockdown rezent verschärft bzw. verlängert haben. In weiteren 6 Ländern gelten Restriktionen, teilweise auf regionaler Ebene. Die Situation ist nach wie vor heterogen. Zwei Länder (Slowenien und Schweiz) befinden sich in einer Phase der schrittweisen Öffnung.

Berichte über die Verbreitung von neuen Virusvarianten nehmen zu. In mehreren Ländern hat sich insbesondere die Variante B.1.1.7 zur Dominanten Variante entwickelt.

Es werden erste Regelungen für Geimpfte und Genesene getroffen. Diese betreffen primär (Ein)Reise- bzw. Quarantänebestimmungen. In diesen Bereichen gelten für Geimpfte und Genesene in einigen Ländern Erleichterungen.

Abbildung 16:
Kurzübersicht aktuell gültiger Maßnahmen und 7-Tages-Inzidenz der Nachbarstaaten (Stand: 8.3.2021)

Legende:

Offen bzw. keine Beschränkung
Teilweise offen bzw. mit Ausnahmen oder bestimmten Regelungen
Geschlossen bzw. bestehende Beschränkung
Keine näheren Angaben

	Ausgangsbeschränkungen	Kindergarten / Pflichtschule ²⁾	Sekundarstufe ²⁾	Tertiärer Bildungsbereich ²⁾	Handel und Dienstleistungssektor ¹⁾	Beherbergung	Gastronomie	Freizeit, Sport und Kultur	Status
Dänemark									Geöffnet mit (regionalen) Einschränkungen
Deutschland	Verlängert bis 28.3								Lockdown, Lockerungen je nach Inzidenz geplant
Finnland									Geöffnet mit (regionalen) Einschränkungen
Großbritannien	Öffnung nach 4-Schritte Roadmap								Lockdown
Irland									Lockdown
Italien	Je nach Zone				Je nach Zone	Je nach Zone	Je nach Zone		regionale Einschränkungen (bis hin zu regionalem Lockdown)
Norwegen									Geöffnet mit (regionalen) Einschränkungen
Schweden		Regional Distance Learning	Regional Distance Learning		Best. Regionen				Geöffnet mit Einschränkungen, rezent Verschärfungen
Schweiz									Schrittweise Öffnung
Slowakei		Regional	Regional						Lockdown
Slowenien							Regionale Lockerung		Schrittweise Öffnung
Tschechien									Lockdown
Ungarn									Lockdown ab 8.3.

1) Hinweis: Lebensmittelhandel überall geöffnet /

2) Ferienzeit nicht dargestellt / Status: Kurzbeschreibung der aktuellen Situation

5 Impfung

Tabelle 9:
Durchimpfungsrate mit mindestens 1. Dosis österreichweit per 17.3.2021

mind. 1. Dosis	Zeitverlauf nach KW mit Stichtag jeweils Dienstag										
	KW01	KW02	KW03	KW04	KW05	KW06	KW07	KW08	KW09	KW10	KW11
Insg.	0,07%	0,55%	1,60%	2,33%	2,61%	2,81%	3,18%	3,91%	5,21%	6,87%	9,19%
ab 16	0,09%	0,65%	1,89%	2,75%	3,09%	3,33%	3,76%	4,62%	6,16%	8,12%	10,85%
ab 65	0,18%	0,93%	3,04%	4,56%	5,19%	5,52%	6,01%	7,55%	10,63%	15,48%	20,72%
ab 75	0,30%	1,45%	4,75%	7,32%	8,40%	8,95%	9,72%	12,49%	18,13%	26,89%	34,80%
ab 80	0,44%	2,15%	7,07%	11,13%	12,89%	13,73%	14,87%	19,38%	28,74%	42,79%	53,04%
16 bis 64	0,06%	0,57%	1,56%	2,22%	2,48%	2,69%	3,11%	3,77%	4,86%	5,99%	7,99%
65 bis 69	0,06%	0,36%	1,19%	1,59%	1,76%	1,87%	2,04%	2,35%	2,79%	3,54%	5,81%
70 bis 74	0,09%	0,45%	1,46%	1,98%	2,15%	2,28%	2,49%	2,80%	3,34%	4,39%	7,27%
75 bis 79	0,11%	0,58%	1,84%	2,54%	2,76%	2,95%	3,26%	3,83%	4,82%	6,93%	11,89%
80 bis 84	0,27%	1,28%	4,34%	7,67%	9,39%	10,01%	11,08%	15,03%	22,77%	38,42%	52,86%
ab 85	0,64%	3,10%	10,05%	14,92%	16,73%	17,79%	19,03%	24,15%	35,26%	47,57%	53,23%

Quelle: E-Impfpass, Berechnungen BMSGPK

Tabelle 9 zeigt die Durchimpfungsrate (mind. 1. Dosis) je Altersgruppe und Kalenderwoche, wobei zu berücksichtigen ist, dass die dargestellten Raten vom Erfassungsgrad der Impfungen im E-Impfpass abhängen.

6 Empfehlungen der Corona Kommission

Die analysierten Daten zeigen für die vergangenen 13 Epidemietage eine Änderungsrate von +0,75% (per 15.03.2021). **Die 7-Tagesinzidenz ist in Österreich** im Zeitraum 10.03.-16.03.2021 auf 213,5 pro 100.000 EW – im Vergleich zu einer 7-Tagesinzidenz von 189,4/100.000 EW der Vorwoche – gestiegen. Die effektive Reproduktionszahl (R_{eff}) lag zuletzt bei 1,07 (per 15.03.2021).

Die **Belastung des Gesundheitssystems** ist im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Die COVID-spezifische Belastung der Intensivstationen lag per 17.3.2021 bei 19,7% bezogen auf alle gemeldeten Intensivbetten Österreichs. Die Prognoserechnungen zeigen erneute Anstiege **der Auslastung von Intensivstationen auf 25,7% (515 Fälle) bis zum 31.3.2021** (COVID Prognose Konsortium). **Insbesondere in den Bundesländern Wien, Burgenland und Niederösterreich ist davon auszugehen, dass der bereits hohe Belag weiter ansteigen wird. Im Gegensatz dazu stellt sich die Situation in Vorarlberg unauffällig dar.**

Im Prognosezeitraum der Kapazitätsvorschau wird der Impffortschritt innerhalb der Altersgruppe der 65-79jährigen, die für den Großteil des Spitalsbelags verantwortlich ist (rund 45% an allen ICU-Aufenthalten), derzeit mit 2-3% (Vollimmunisierung) als zu gering eingeschätzt, um einen maßgeblichen Einfluss auf die Hospitalisierungsrate zu haben. Daher ist diese Altersgruppe hinsichtlich Impfstrategie besonders prioritär zu sehen. Überdies wird im Belagsmodell die Durchimpfungsrate implizit über die Altersstruktur der inzidenten Fälle sowie die gegenwärtigen Hospitalisierungsraten berücksichtigt (COVID Prognose Konsortium).

Im Laufe der letzten drei Kalenderwochen hat sich die Anzahl der behördlich angeordneten PCR- und Antigentests auf einem hohen Niveau von rund 250.000 Tests/Tag eingependelt. Der Anstieg der Fallzahlen ist somit – mit Ausnahme der Altersgruppe der unter 25-Jährigen – kaum auf die Veränderung der Teststrategie zurückzuführen (COVID Prognose Konsortium).

Mit Ausnahme Vorarlbergs und Tirols sind Infektionen mit der Mutation N501Y (vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) dominant (Österreichweit betrug der Anteil rund 75 Prozent).

Die Corona Kommission kommt auf Basis der obigen Ausführungen zu dem Schluss, dass das Infektionsgeschehen ausgehend von einem hohen Niveau in der Mehrheit der **Bundesländer deutliche Anstiege zeigt, die sich gemäß Prognosen fortsetzen werden**. Die Corona Kommission empfiehlt daher die notwendigen präventiven Maßnahmen zur Kontaktreduktion sowie regelmäßige, flächendeckende Testungen zu forcieren.

Bei anhaltenden Steigerungen des Infektionsgeschehens empfiehlt die Kommission bereits gesetzte Lockerungsschritte zu überprüfen und diese bei weiterhin unkontrollierter Verbreitung auch gegebenenfalls auf Ebene einzelner Bundesländer oder Bezirke zurückzunehmen. **Dem Offenhalten von Bildungseinrichtungen sollte oberste Priorität eingeräumt werden**. Die Empfehlung der Corona Kommission, bei weiter ansteigenden Fallzahlen die Lockerung der Besuchsregelungen im Spitalsbereich zu überdenken, bleibt weiterhin aufrecht.

Im Burgenland ist der COVID-Belag bereits über der Grenze von 33% der gemeldeten Gesamtkapazität und ein weiterer Anstieg wird prognostiziert. Die Kapazitätsvorschau sieht darüber hinaus in Wien eine Überschreitung der Auslastungsgrenze von 33% COVID Belag an der ICU-Gesamtkapazität in den nächsten Tagen vor. In NÖ ist eine Überschreitung dieser Grenze innerhalb des 68%-Intervalls möglich (COVID Prognose Konsortium). Aus diesem Grund empfiehlt die Corona Kommission allen Bundesländern und insbesondere den Bundesländern Wien, Burgenland und Niederösterreich Maßnahmen in den Spitälern zu setzen, um auf die Anstiege in den Intensivstationen vorbereitet zu sein. Die Kommission empfiehlt diesbezüglich die umgehende Einrichtung eines Gremiums von Intensiv-KoordinatorInnen, die seitens der Bundesländer nominiert und gegenseitig zur Kenntnis gebracht werden, damit zum Zwecke der gegenseitigen Hilfe fortan ein enger und laufender Austausch stattfinden kann.

Die Anstiege in den Intensivstationen erfolgen erfahrungsgemäß zeitversetzt zum Auftreten steigender Inzidenzen. **Die Entwicklungen sind weiterhin engmaschig zu beobachten und entsprechende Maßnahmen daran zu knüpfen.**

Weiterhin ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass die **erforderliche Akzeptanz der Bevölkerung gewährleistet wird**, indem einerseits die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen sichergestellt wird und andererseits auch die Kontrolle bzw. der Vollzug der Maßnahmen flächendeckend erfolgt. Aspekte der psychosozialen Gesundheit sind bei allen Maßnahmen mit zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund unterstützt die Corona Kommission die Umsetzung von Lockerungen für Kinder und Jugendliche.

Für Regionen mit reduziertem Risiko und einer maximal mittleren COVID-Belastung auf den Intensivstationen empfiehlt die Corona Kommission bei der Einführung von etwaigen Lockerungsmaßnahmen jenen Maßnahmen Priorität einzuräumen, die in kontrollierten Outdoor-Settings stattfinden (z.B. Gastgärten, Sportanlagen, Veranstaltungen im Freien) und hier das Prinzip der Eintrittstests anzuwenden.

In Regionen ab einer 7-Tages-Inzidenz, die dem doppelten Signalwert für „sehr hohes Risiko“ entspricht und eine hohe bzw. zu erwartend stark steigende COVID-Belastung der Intensivstationen aufweist, empfiehlt die Kommission generell von Öffnungsschritten abzusehen und die Aufrechterhaltung der bisher erfolgten Öffnungsschritte zu überdenken.

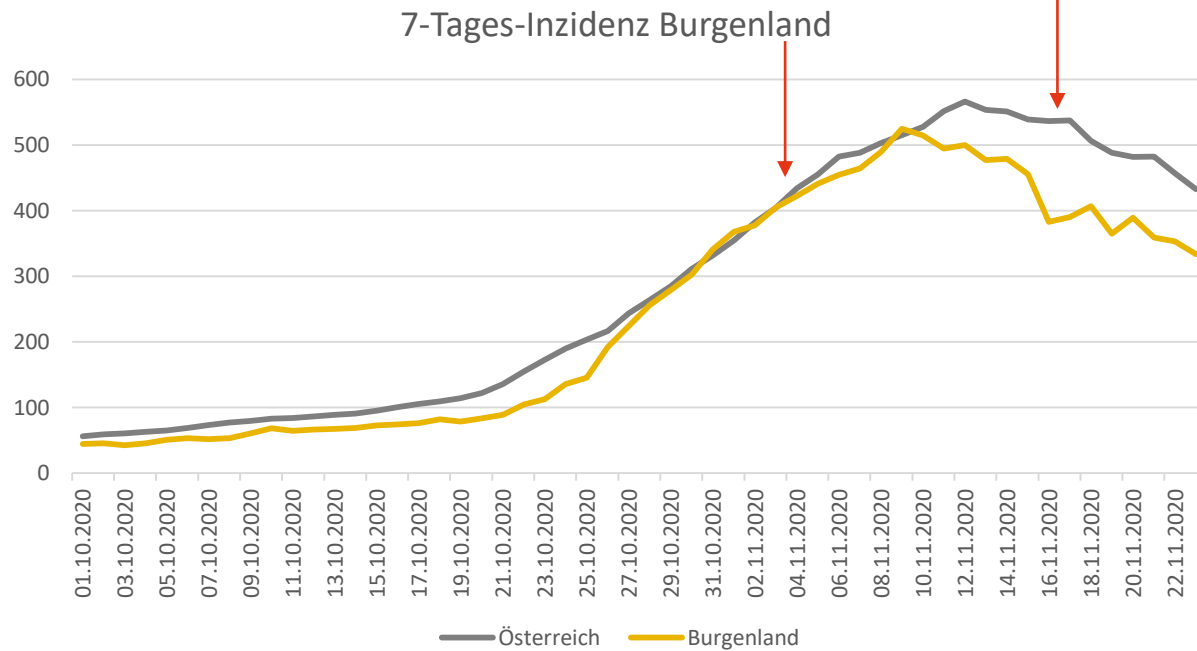
Maßnahmen zur Eindämmung der 2. Welle in den Bundesländern

Erstellt am 25.11.2020

Datenquelle Inzidenzvergleiche: AGES Dashboard, Download am 25.11.2020

Quelle regionale Maßnahmen: Entsprechende Verordnungen

Burgenland

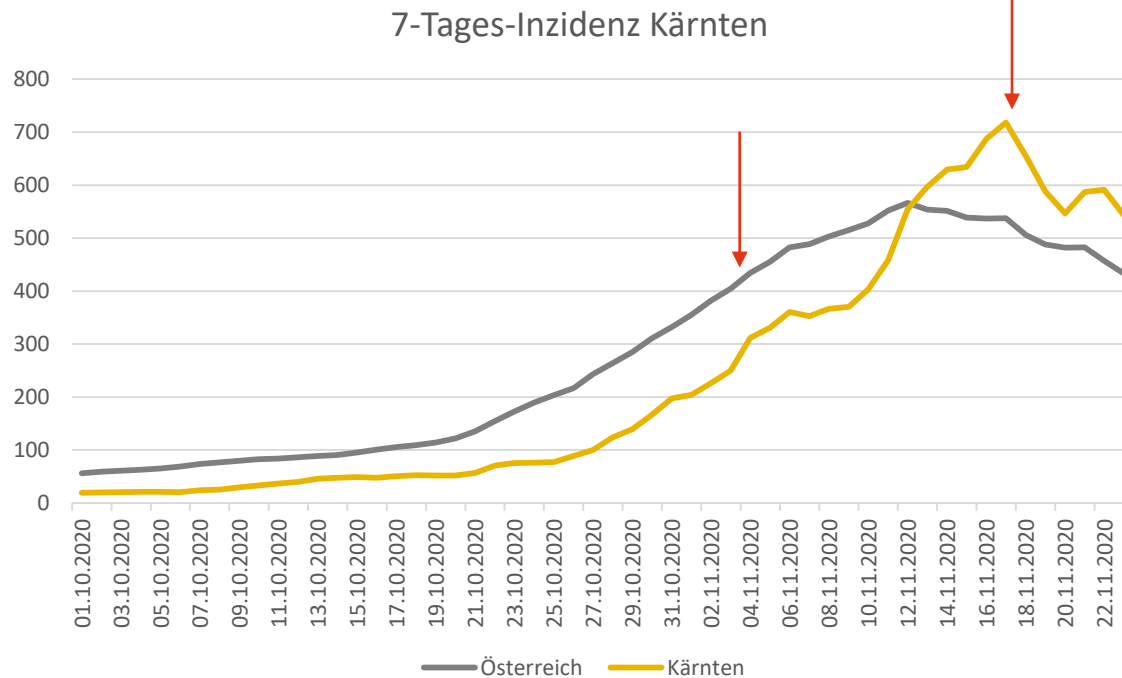


„soft-lockdown“ 3.11.
„hard-lockdown“ 17.11.

Datum	Landesweite Maßnahme
01.08-29.10.	Gesundheits- und Sozialbereich <ul style="list-style-type: none"> Phasenregelung
Ab 23.10.-03.11. (obsolet durch SchuMaV)	Veranstaltungen <ul style="list-style-type: none"> Sportveranstaltungen <ul style="list-style-type: none"> Mit Körperkontakt: untersagt (Ausnahmen für Spitzensport und Nachwuchs) Ohne Körperkontakt: nur mit zugewiesenen Sitzplätzen (innen: max. 250; außen: max. 500)
Laufend (seit 03.11. bundesweit geregelt)	Bildung <ul style="list-style-type: none"> Schulampel <ul style="list-style-type: none"> Grüne Bezirke: Grüne Schulampel Gelbe, orangene und rote Bezirke: Gelbe Schulampel

- Teilweise bezirksweite Maßnahmen im Bereich Veranstaltungen im Oktober.

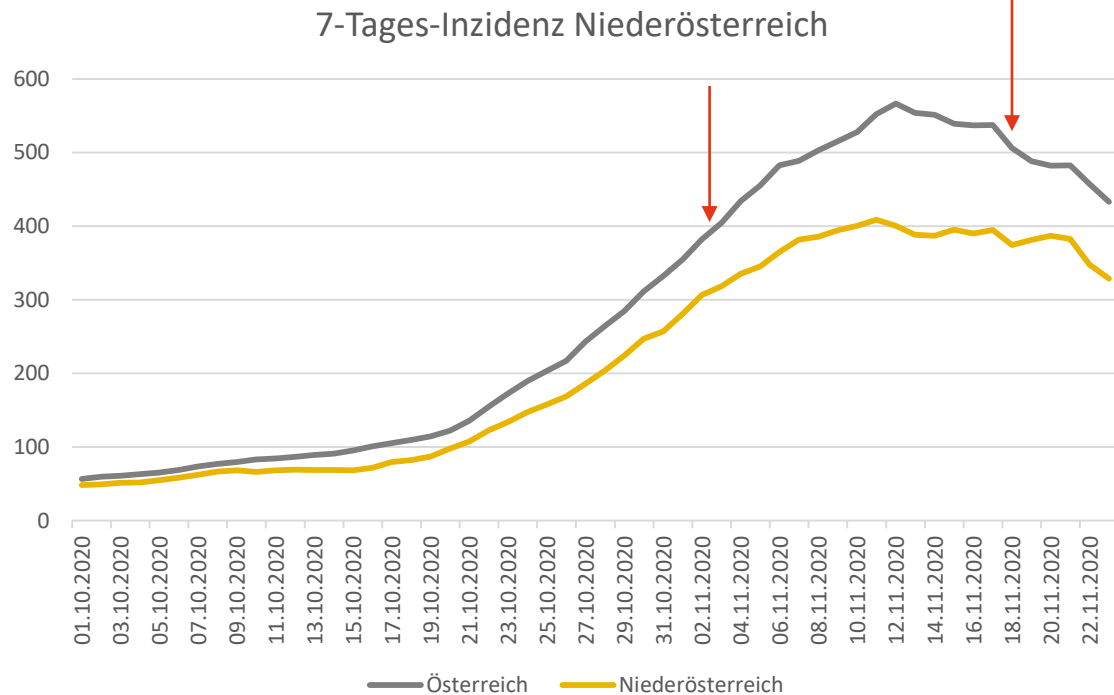
Kärnten



„soft-lockdown“ 3.11.
„hard-lockdown“ 17.11.

Datum	Landesweite Maßnahme
Laufend (seit 03.11. bundesweit geregelt)	<ul style="list-style-type: none"> Bildung <ul style="list-style-type: none"> Schulampel <ul style="list-style-type: none"> Grüne Bezirke: Grüne Schulampel Gelbe Bezirke: Gelbe Schulampel Orangene Bezirke: Gelbe Schulampel Rote Bezirke: Gelbe Schulampel
	<ul style="list-style-type: none"> Teilweise bezirksweite Maßnahmen in den Bereichen Gesundheits- und Sozialbereich, MNS-Pflicht und Veranstaltungen im Oktober.

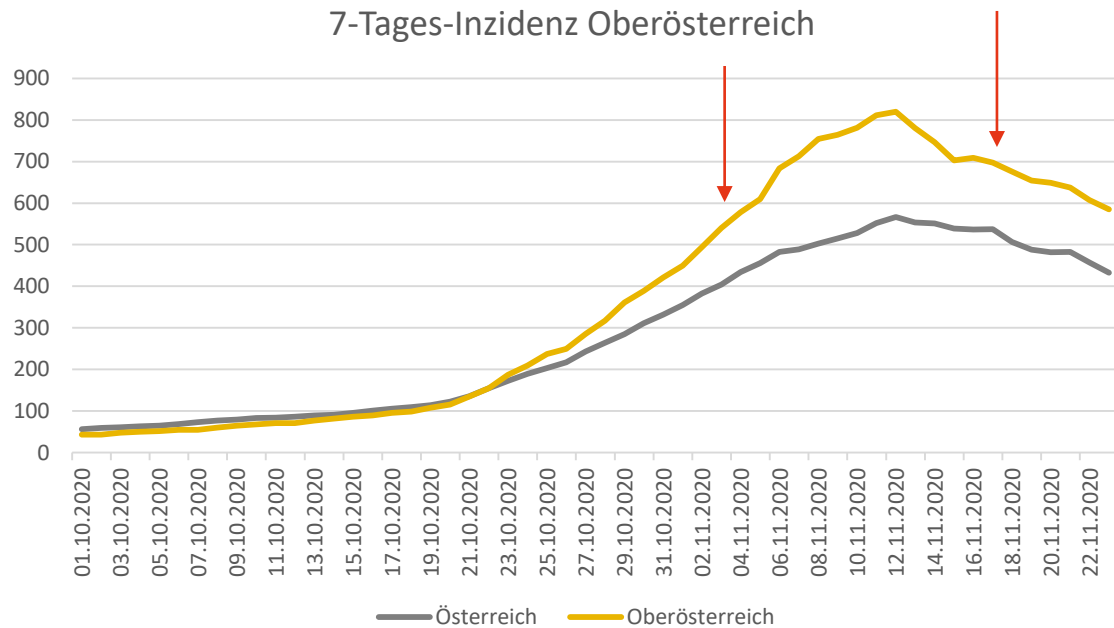
Niederösterreich



„soft-lockdown“ 3.11.
„hard-lockdown“ 17.11.

Datum	Landesweite Maßnahme
Ab 05.10.- 03.11. (obsolet durch SchuMaV)	<p>Gastronomie und Tourismus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orangene Bezirke: Registrierungspflicht <p>Veranstaltungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orangene Bezirke: Veranstaltungen nur mit zugewiesenen Sitzplätzen <ul style="list-style-type: none"> • Innen: max. 250 • Außen: max. 1000 • Sportveranstaltungen: keine ZuschauerInnen (Ausnahmen für Spitzensport und Nachwuchs)
Ab 27.10.- 03.11. (obsolet durch SchuMaV)	<p>Gesundheits- und Sozialbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rote Bezirke: Alten- und Pflegeheime <ul style="list-style-type: none"> • Max 2 BesucherInnen pro Tag (Ausnahmen, z.B. Sterbebegleitung) • BesucherInnen dürfen in den vergangenen 10 Tagen keine Krankheitssymptome verspürt haben • Registrierungspflicht • Regelungen über Besuchszeiten und Aufenthaltsdauer durch den Betrieb
Laufend (seit 03.11. bundesweit geregelt)	<p>Bildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gelbe Schulampel

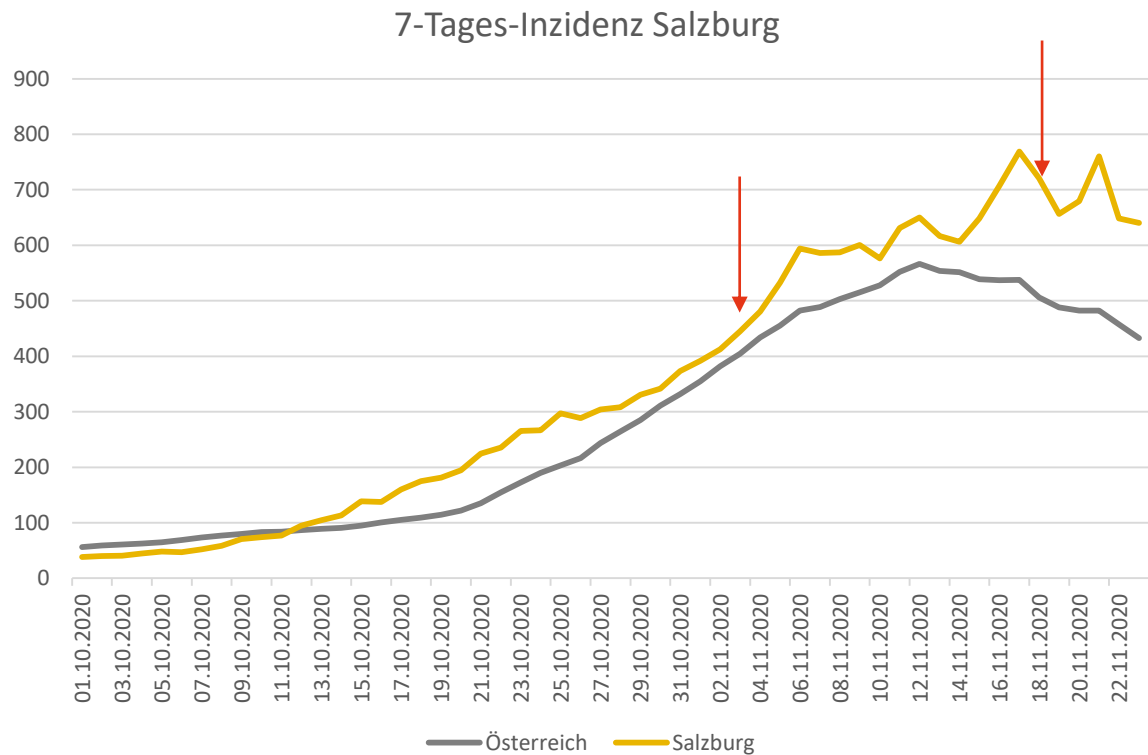
Oberösterreich



„soft-lockdown“ 3.11.
„hard-lockdown“ 17.11.

Datum	Landesweite Maßnahme
20.10.-03.11. (obsolet durch SchuMaV)	<p>Gastronomie und Tourismus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrierungspflicht <p>Gesundheits- und Sozialbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alten- und Pflegeheime <ul style="list-style-type: none"> • Max 2 BesucherInnen pro Tag (Ausnahmen, z.B. Sterbebegleitung) • BesucherInnen dürfen in den vergangenen 10 Tagen keine Krankheitssymptome verspürt haben • Registrierungspflicht und Gesundheitskontrolle • Besuch nur in bestimmten Zonen
30.10.-03.11. (obsolet durch SchuMaV)	<p>Gesundheits- und Sozialbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alten- und Pflegeheime <ul style="list-style-type: none"> • Max 1 BesucherIn bzw. 2 BesucherInnen, wenn aus gleichem Haushalt (Ausnahmen, z.B. Sterbebegleitung) <p>Veranstaltungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesweite Maßnahmen zu Veranstaltungen gelten für alle Orte (auch im Privatbereich), wenn der Ort nicht als Wohnzweck bestimmt ist (z.B. Garage)
Ab 10.11.	<p>Gesundheits- und Sozialbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alten- und Pflegeheime, Kranken- und Kuranstalten <ul style="list-style-type: none"> • Besuchsverbot (Ausnahmen, z.B. Sterbebegleitung)
Ab 13.11.	<ul style="list-style-type: none"> • Handel und Dienstleistungen <ul style="list-style-type: none"> • Verweilverbot und Verbot der Konsumation von Speisen und Getränken in und um Einkaufszentren, Markthallen, etc. (z.B. auch auf den Parkplätzen)
Laufend (seit 03.11. bundesweit geregelt)	<p>Bildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schulampel <ul style="list-style-type: none"> • Grüne Bezirke: Grüne Schulampel • Gelbe Bezirke: Gelbe Schulampel • Orangene Bezirke: Gelbe Schulampel • Rote Bezirke: Gelbe Schulampel

Salzburg

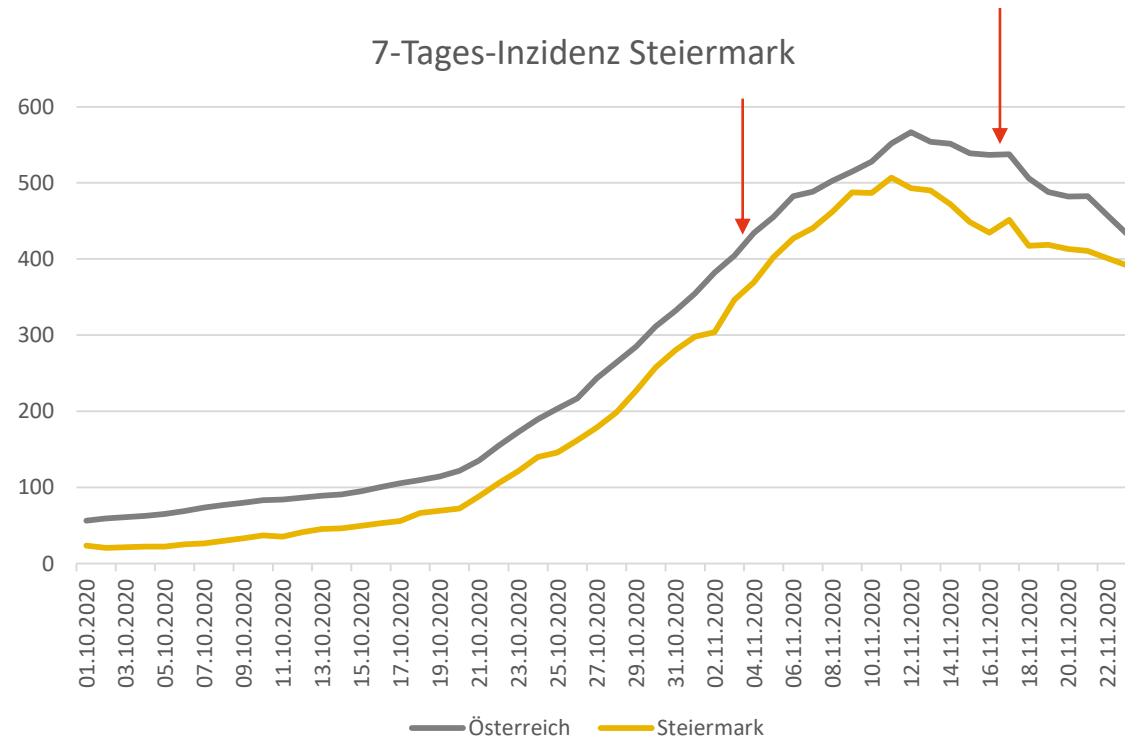


„soft-lockdown“ 3.11.
 „hard-lockdown“ 17.11.

Datum	Landesweite Maßnahme
25.09-01.11.	Gastronomie und Tourismus <ul style="list-style-type: none"> Sperrstunde um 22:00 Uhr
Bis 16.10.	Bildung <ul style="list-style-type: none"> Schulampel <ul style="list-style-type: none"> Grüne Bezirke: Grüne Schulampel Gelbe Bezirke: Gelbe Schulampel Orangene Bezirke: Gelbe Schulampel Rote Bezirke: Gelbe Schulampel
16.10.-03.11. (danach bundesweit geregelt)	<ul style="list-style-type: none"> Orangene Bezirke: Orangene Schulampel (vorher gelb) Rote Bezirke: Orangene Schulampel (vorher gelb)
17.10.-01.11.	Bildung <ul style="list-style-type: none"> Ab Ampelfarbe gelb: Landwirtschaftsschulen geschlossen Gastronomie <ul style="list-style-type: none"> Registrierungspflicht Freizeit <ul style="list-style-type: none"> Vereine: Aktivitäten nur dem Vereinszweck dienend, kein geselliges Beisammensein
17.10.-03.11. (obsolet durch SchuMaV)	Veranstaltungen <ul style="list-style-type: none"> Ausschließlich mit zugewiesenen Sitzplätzen Ohne Ausschank Privatveranstaltungen außerhalb des Wohnraums untersagt Begräbnisse: max. 100 Personen
Bis 23.10.	Bildung <ul style="list-style-type: none"> Rote Bezirke: Betretungsverbot in Kindergärten für kindergartenfremde Personen Sport <ul style="list-style-type: none"> Turnhallen sind für den außerschulischen Bereich geschlossen
23.10.-03.11. (obsolet durch SchuMaV)	Veranstaltungen <ul style="list-style-type: none"> Rote Bezirke: Veranstaltungsverbot (ausgenommen Gelegenheitsmärkte) Spitzensport: innen ohne ZuschauerInnen; außen max. 1500 Zuschauer bei zugewiesenen Sitzplätzen

- Diverse bezirksspezifische Maßnahmen für Hallein bzw. Hallein/Kuchl im Oktober.

Steiermark

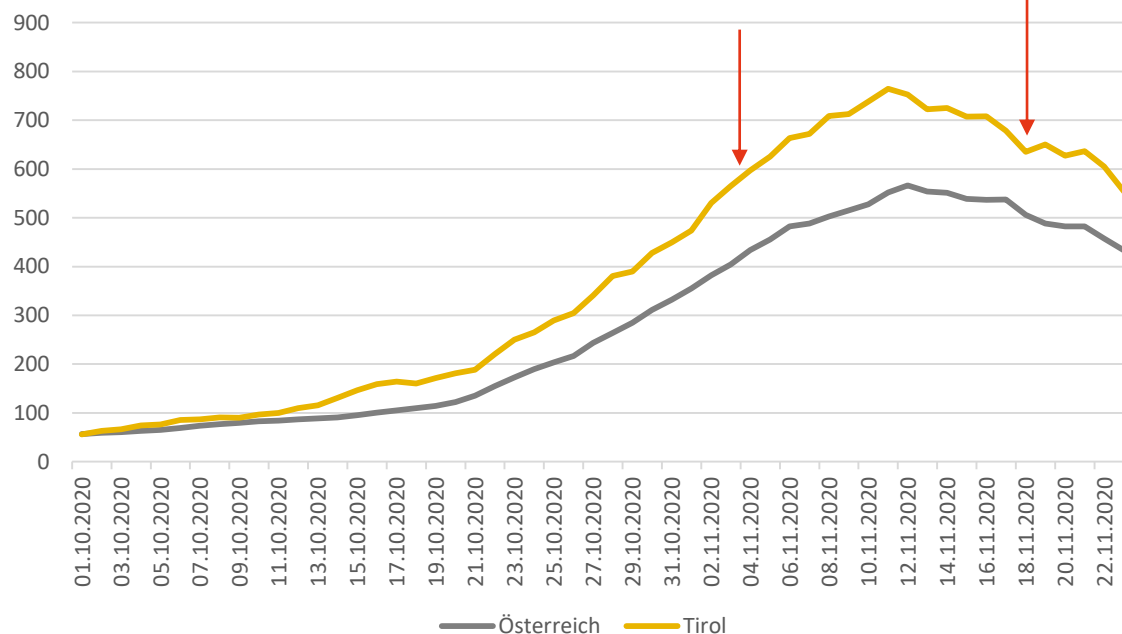


„soft-lockdown“ 3.11.
„hard-lockdown“ 17.11.

Datum	Landesweite Maßnahme
Laufend (seit 03.11. bundesweit geregelt)	Bildung <ul style="list-style-type: none"> Schulampel <ul style="list-style-type: none"> Grüne Bezirke: Grüne Schulampel Gelbe Bezirke: Gelbe Schulampel Orangene Bezirke: Gelbe Schulampel Rote Bezirke: Gelbe Schulampel

Tirol

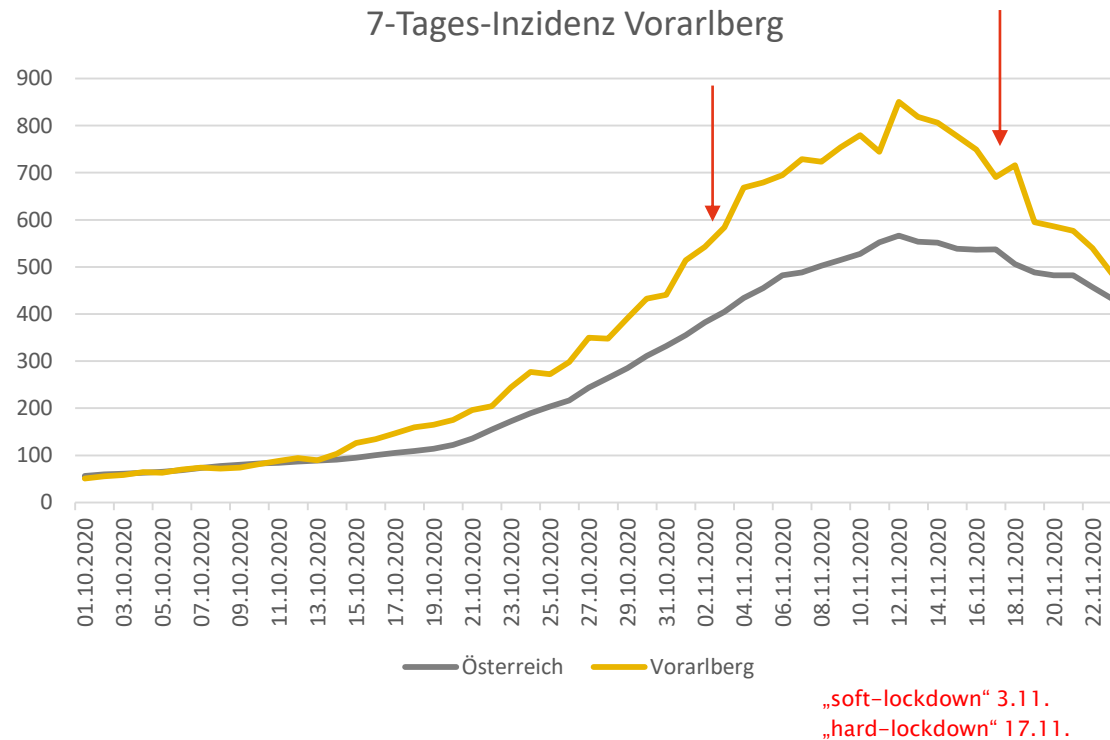
7-Tages-Inzidenz Tirol



„soft-lockdown“ 3.11.
„hard-lockdown“ 17.11.

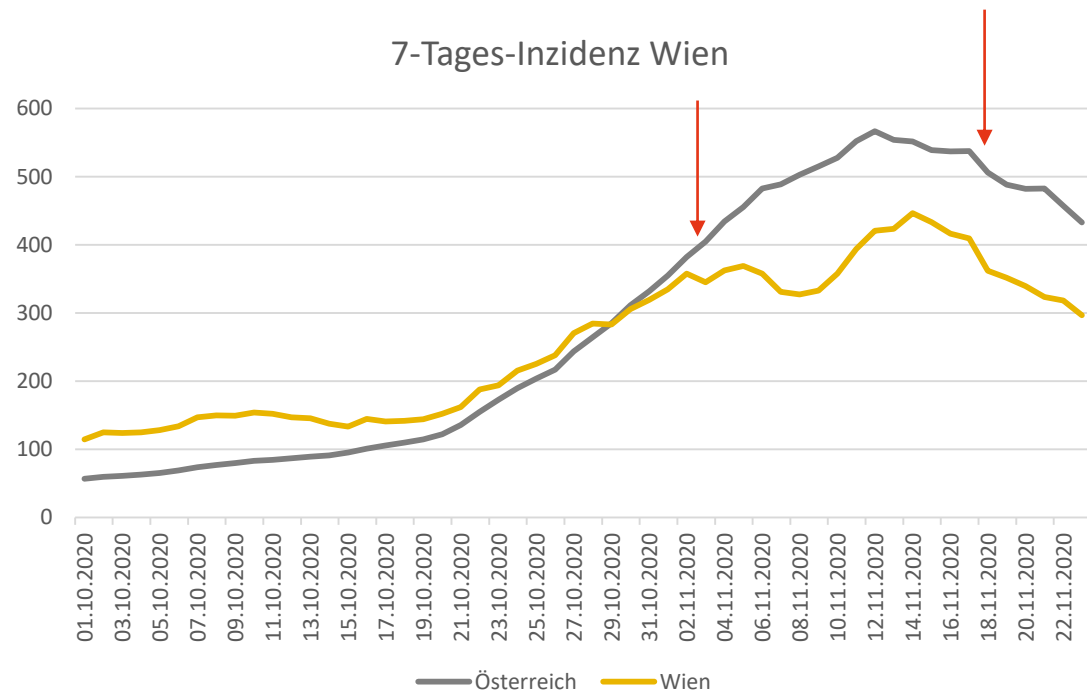
Datum	Landesweite Maßnahme
25.09.-03.11. (obsolet durch SchuMaV)	Gastronomie und Tourismus <ul style="list-style-type: none"> Sperrstunde um 22:00 Uhr
16.10. bzw. 19.10.-03.11. (obsolet durch SchuMaV)	Gastronomie und Tourismus <ul style="list-style-type: none"> Registrierungspflicht Handel und Dienstleistungen <ul style="list-style-type: none"> Wettannahmestellen: Sperrstunde um 22:00 Uhr Veranstaltungen <ul style="list-style-type: none"> Ausschließlich mit zugewiesenen Sitzplätzen Sperrstunde um 22:00 Uhr Ohne Speisen/Ausschank (ausgenommen Verpflegung bei Fortbildungsveranstaltungen) Maßnahmen zu Veranstaltungen gelten auch für Privatveranstaltungen, wenn diese nicht im Wohnraum stattfinden Begränznisse: max. 100 Personen
17.10.-03.11. (obsolet durch SchuMaV)	Gesundheits- und Sozialbereich <ul style="list-style-type: none"> Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderung und Kinder- und Jugendhilfe: <ul style="list-style-type: none"> Max. 2 BesucherInnen pro Tag (Ausnahmen, z.B. Sterbehilfe) Registrierungspflicht und Gesundheitskontrolle BesucherInnen dürfen in den vergangenen 10 Tagen keine Krankheitssymptome verspürt haben Besuche nur in bestimmten Zonen Freizeit <ul style="list-style-type: none"> Vereine: Aktivitäten nur dem Vereinszweck dienend, kein geselliges Beisammensein Wirtschaft und Arbeit <ul style="list-style-type: none"> Landesbehörden: Umstellung auf Homeoffice; Empfehlung, auf Homeoffice umzustellen für private Betriebe
Bis 18.10.	Bildung <ul style="list-style-type: none"> Schulampel <ul style="list-style-type: none"> Grüne Bezirke: Grüne Schulampel Gelbe Bezirke: Gelbe Schulampel Orangene Bezirke: Gelbe Schulampel Rote Bezirke: Gelbe Schulampel
18.10.-03.11. (danach bundesweit geregelt)	<ul style="list-style-type: none"> Orangene Bezirke: Orangene Schulampel (vorher gelb) Rote Bezirke: Orangene Schulampel (vorher gelb)

Vorarlberg



Datum	Landesweite Maßnahme
25.09.-03.11. (obsolet durch SchuMaV)	Gastronomie und Tourismus <ul style="list-style-type: none"> • Sperrstunde um 22:00 Uhr
29.09.-03.11. (obsolet durch SchuMaV)	Veranstaltungen <ul style="list-style-type: none"> • Veranstaltungen nur mit zugewiesenen Sitzplätzen <ul style="list-style-type: none"> • Innen: max. 250 • Außen: max. 500
26.10.-03.11. (obsolet durch SchuMaV)	Freizeit <ul style="list-style-type: none"> • Vereine: Aktivitäten nur dem Vereinszweck dienend, kein geselliges Beisammensein
	Veranstaltungen <ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen zu Veranstaltungen gelten auch für Privatveranstaltungen, wenn diese nicht im Wohnraum stattfinden
Laufend (seit 03.11. bundesweit geregelt)	Bildung <ul style="list-style-type: none"> • Gelbe Schulampel

Wien



„soft-lockdown“ 3.11.
 „hard-lockdown“ 17.11.

Datum	Landesweite Maßnahme
Ab 28.09.	Gastronomie und Tourismus/Gesundheits- und Sozialbereich <ul style="list-style-type: none"> • Registrierungspflicht
Laufend (seit 03.11. bundesweit geregelt)	Bildung <ul style="list-style-type: none"> • Gelbe Schulampel



Covid-19, Österreich

AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance

03.12.2020 09:00 (auf Basis des EMS-Datenstandes von 02.12.2020 07:00)

Österreich

Abbildung 1: Österreich (inklusive Wien), Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

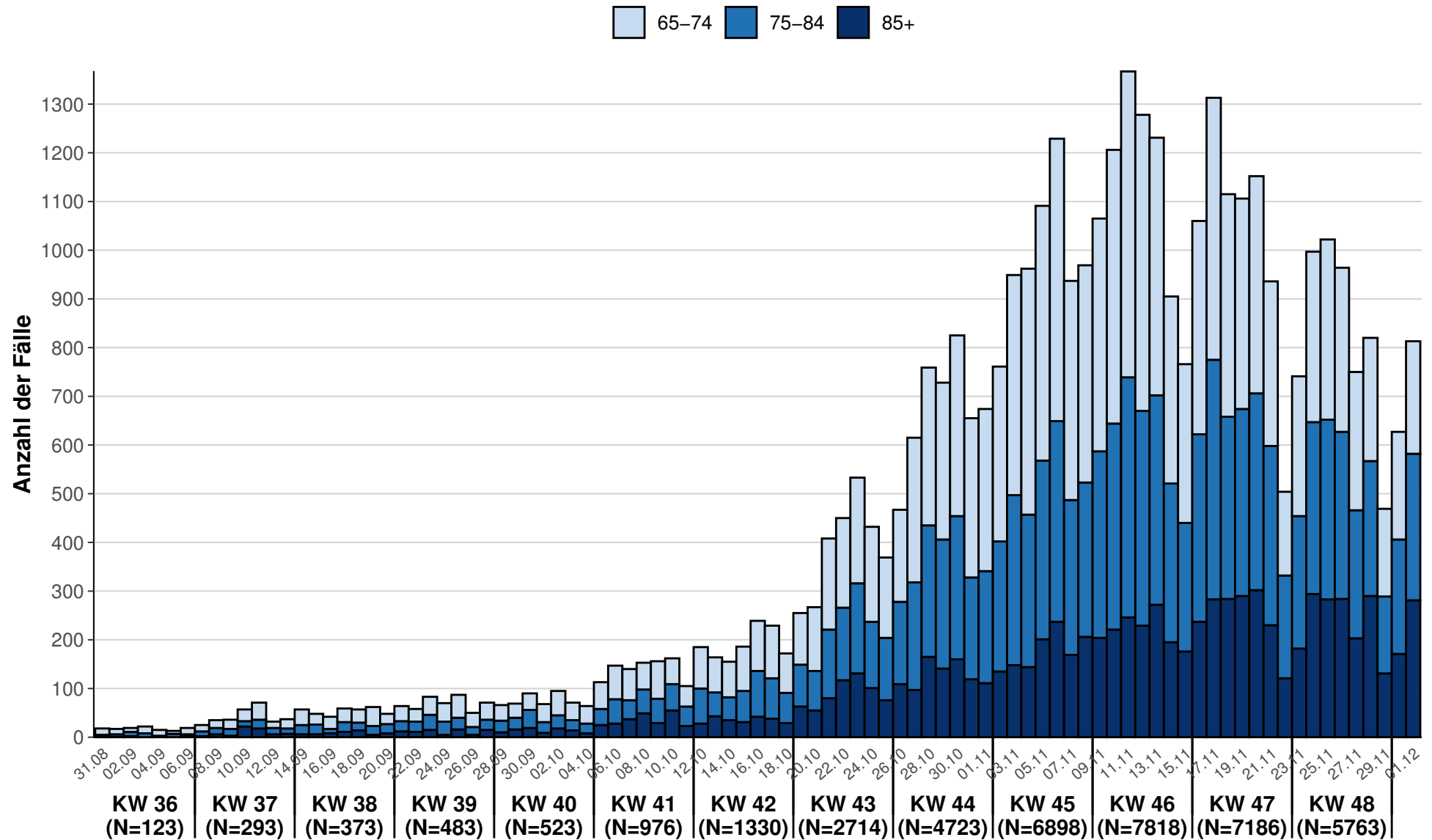


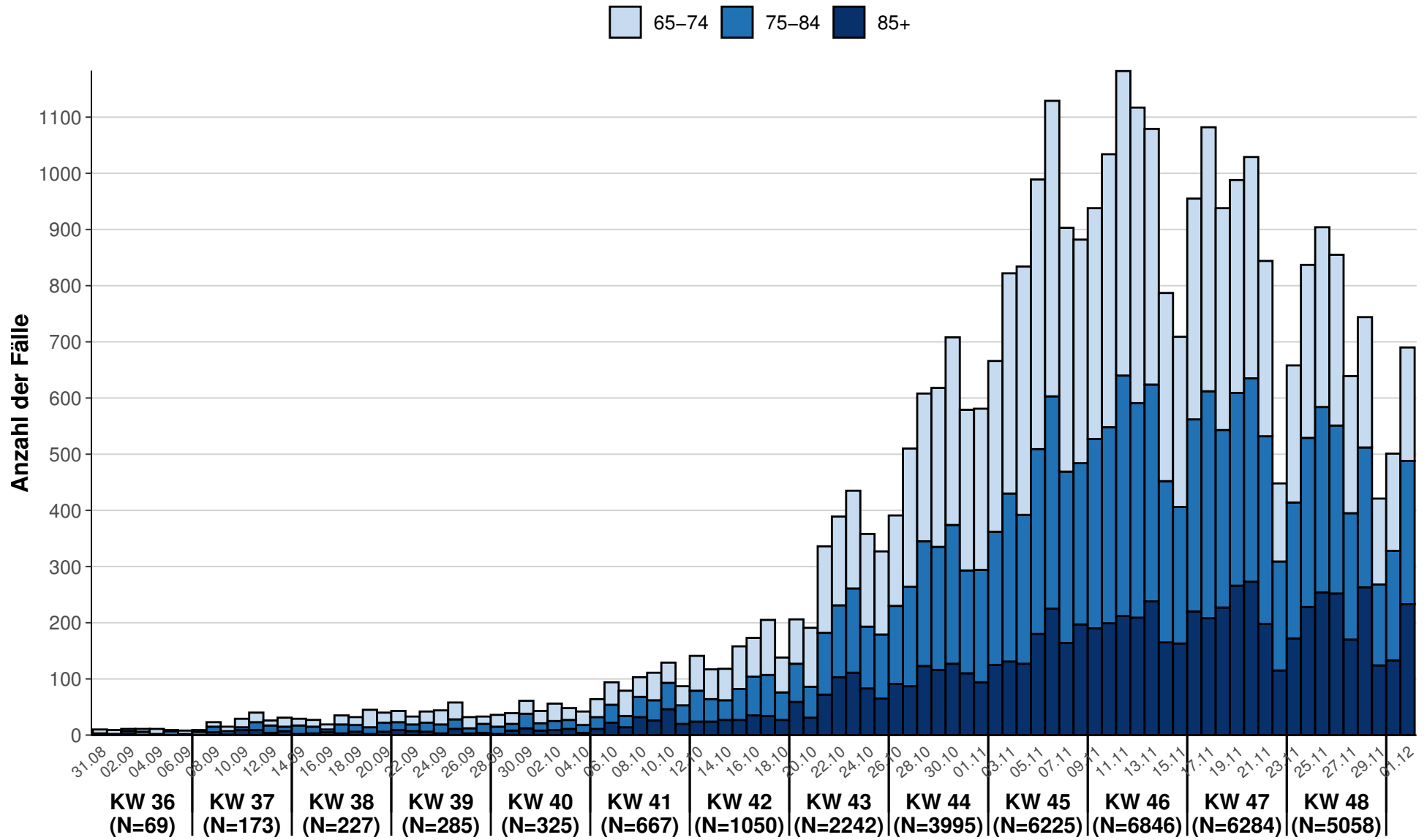
Tabelle 1: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche.

Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48
<25	34,38%	33,73%	34,87%	29,89%	30,24%	28,88%	26,36%	23,66%	21,52%	19,40%	19,27%	18,23%	18,19%
25-44	35,61%	36,06%	35,69%	33,74%	33,77%	30,59%	29,83%	31,49%	31,72%	31,65%	31,29%	31,05%	31,27%
45-64	24,59%	22,89%	22,28%	25,98%	26,63%	27,49%	30,14%	29,87%	31,81%	33,54%	33,14%	33,14%	32,14%
65+	5,42%	7,32%	7,16%	10,39%	9,36%	13,05%	13,66%	14,98%	14,95%	15,41%	16,30%	17,59%	18,41%

Tabelle 2: Vergleich der Inzidenz der vergangenen 14-Tagesperiode (18.11.2020-01.12.2020) zur Inzidenz der 7 Tage überlappenden 14-Tagesperiode (11.11.2020-24.11.2020). (Methode gemäß ECDC weekly report July 2020)

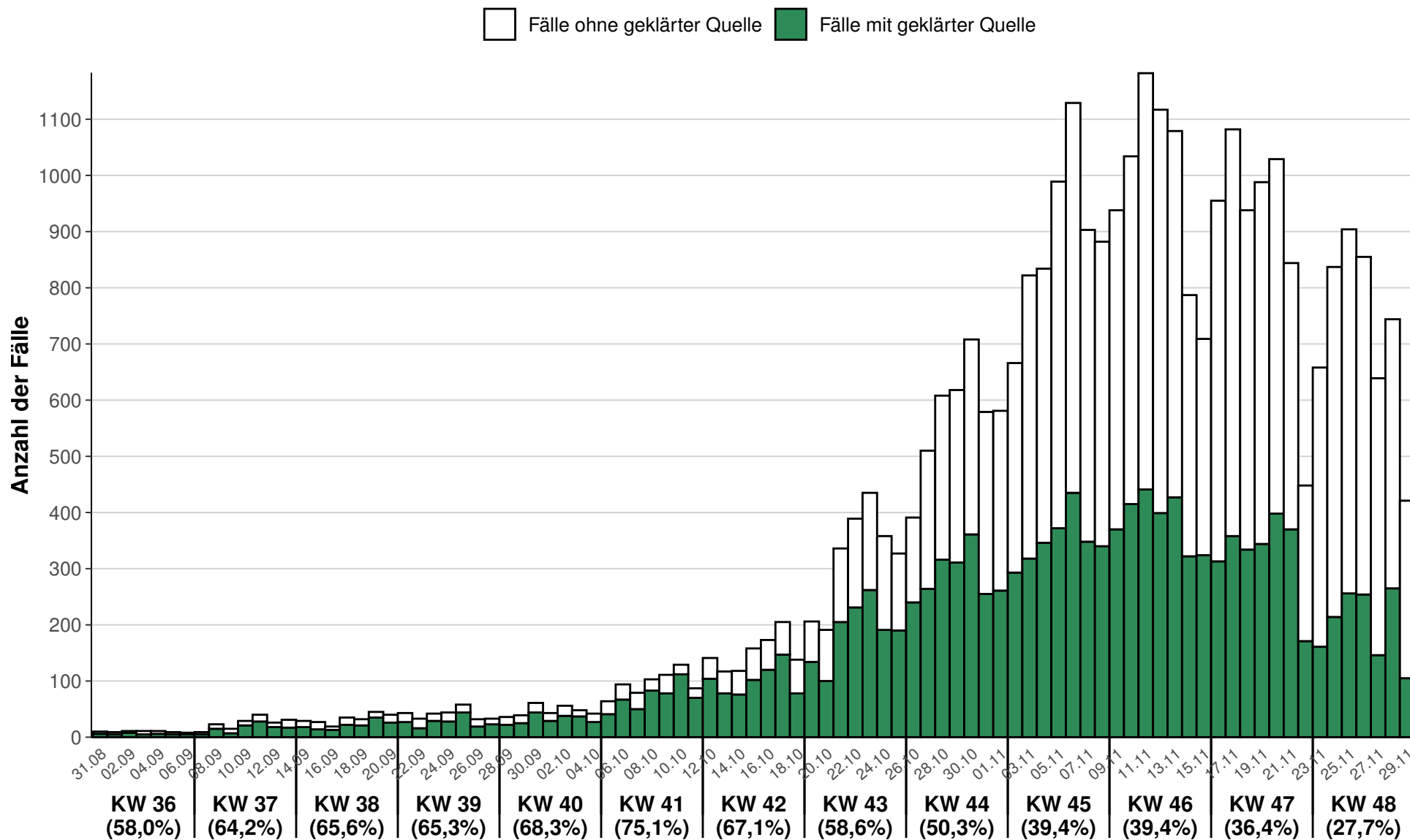
	Trend Gesamt	Klassifikation	Trend ≥ 65	Klassifikation
Österreich	-23,60%	decreasing	-16,96%	decreasing
Burgenland	-19,37%	decreasing	-14,65%	decreasing
Kärnten	-21,04%	decreasing	-10,83%	decreasing
Niederösterreich	-19,48%	decreasing	-20,63%	decreasing
Oberösterreich	-25,62%	decreasing	-24,81%	decreasing
Salzburg	-20,76%	decreasing	-10,41%	decreasing
Steiermark	-15,79%	decreasing	-1,92%	stable
Tirol	-26,49%	decreasing	-25,03%	decreasing
Vorarlberg	-34,58%	decreasing	-26,34%	decreasing
Wien	-28,21%	decreasing	-16,39%	decreasing

Abbildung 2: Österreich (exklusive Wien), Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.



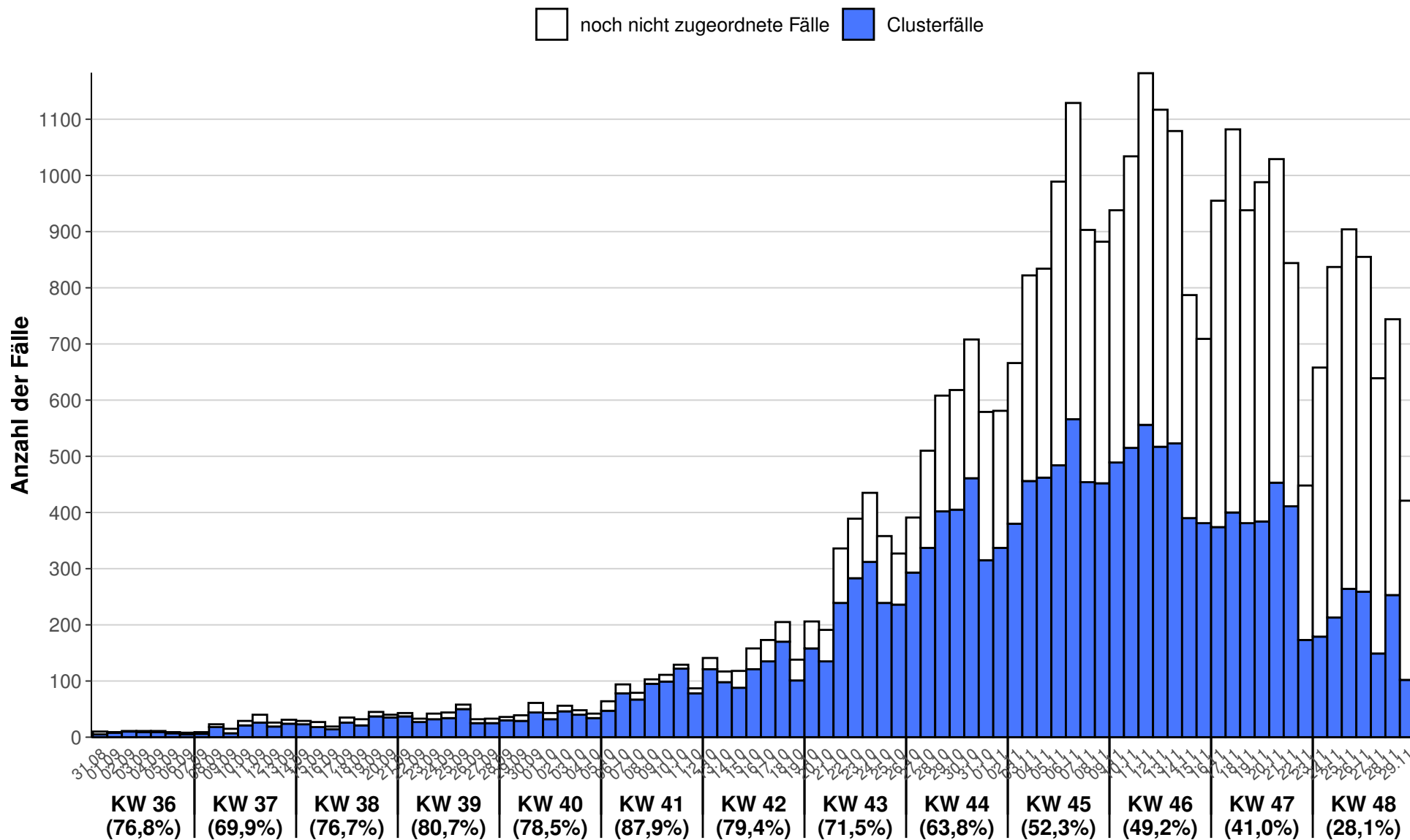
Geklärte Fälle

Abbildung 3: Österreich (exklusive Wien), Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 4: Österreich (exklusive Wien), Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 5: Österreich (exklusive Wien), Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

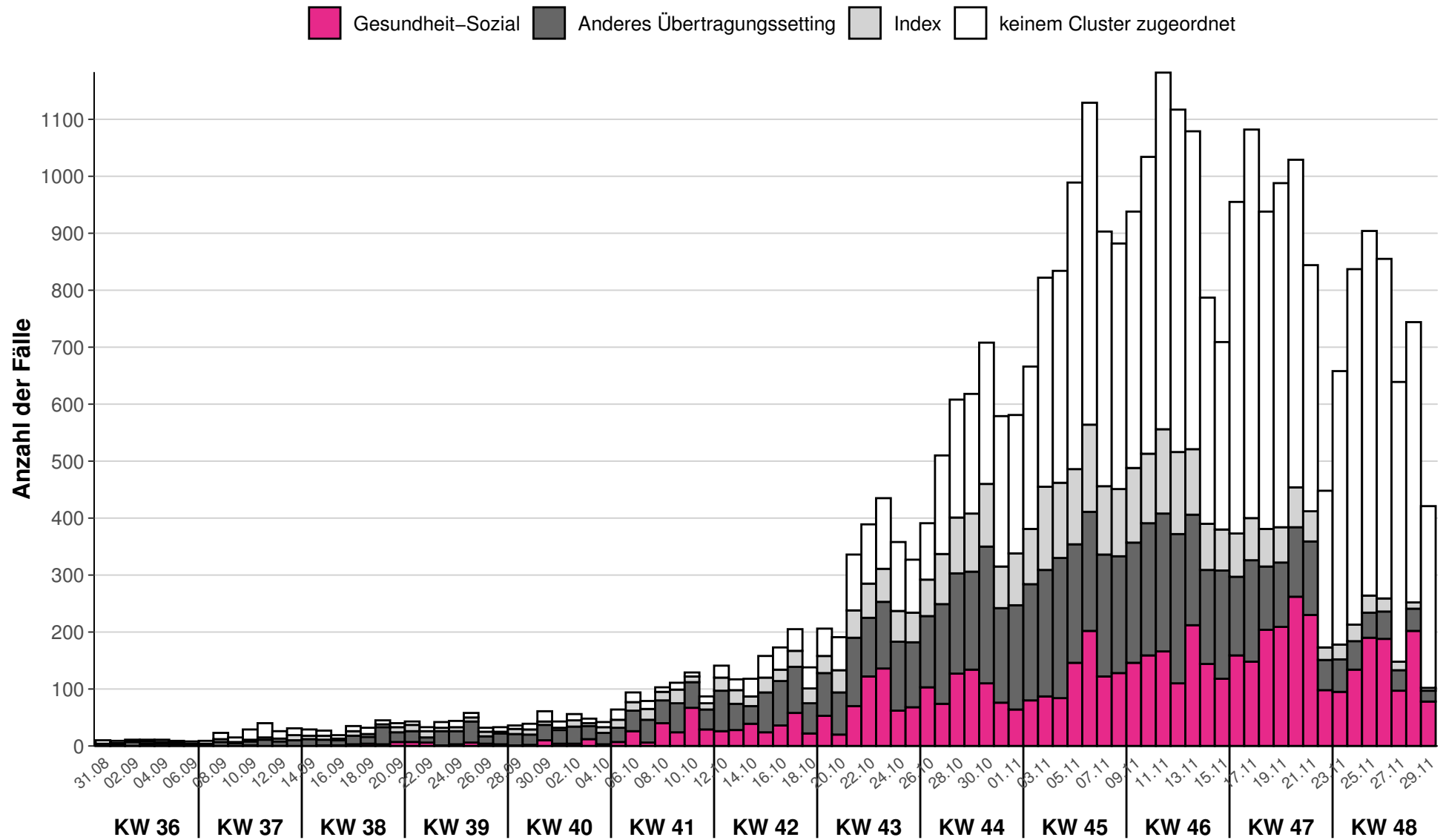


Abbildung 6: Österreich (exklusive Wien), Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

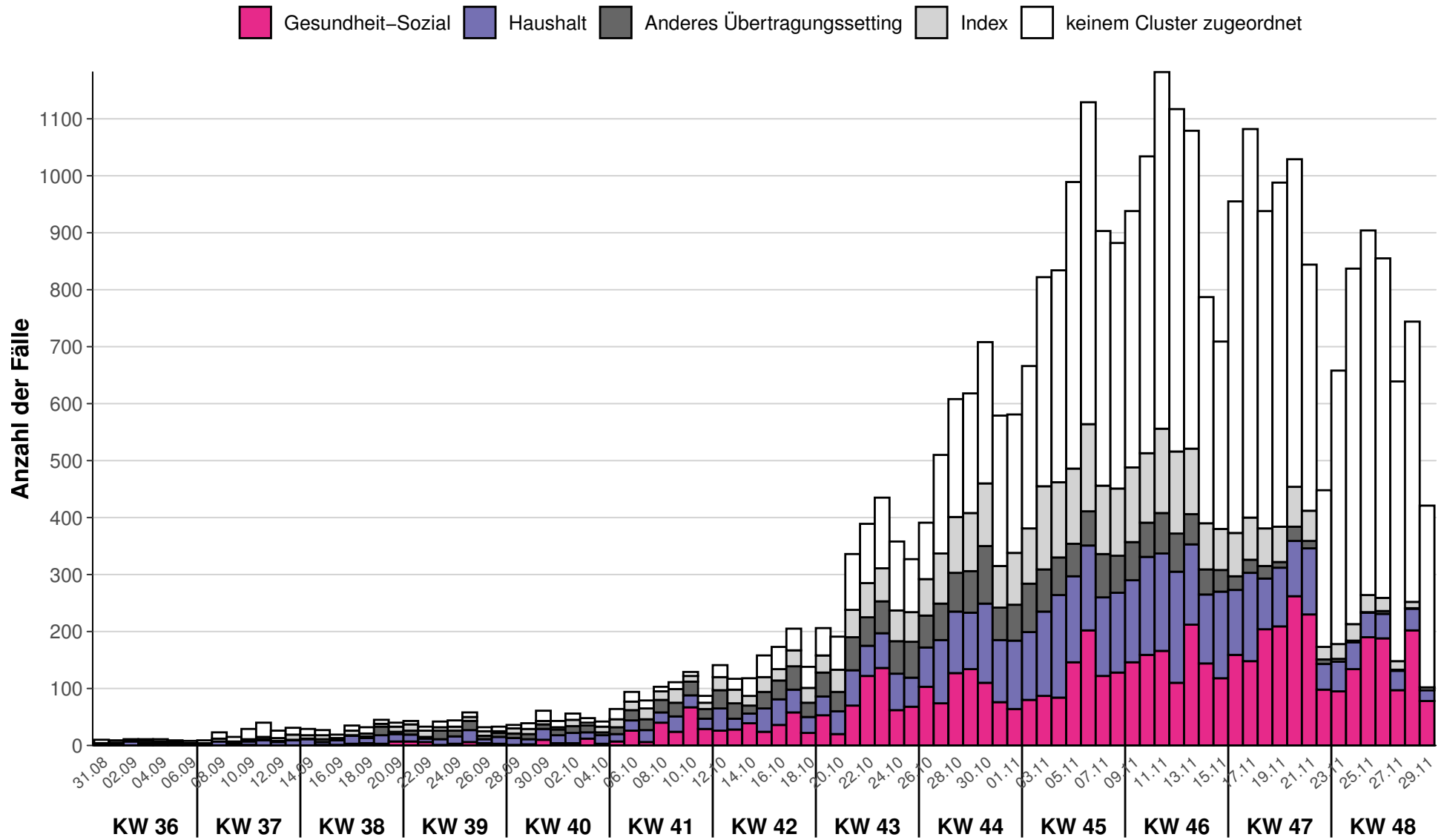


Abbildung 7: Österreich (exklusive Wien), Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

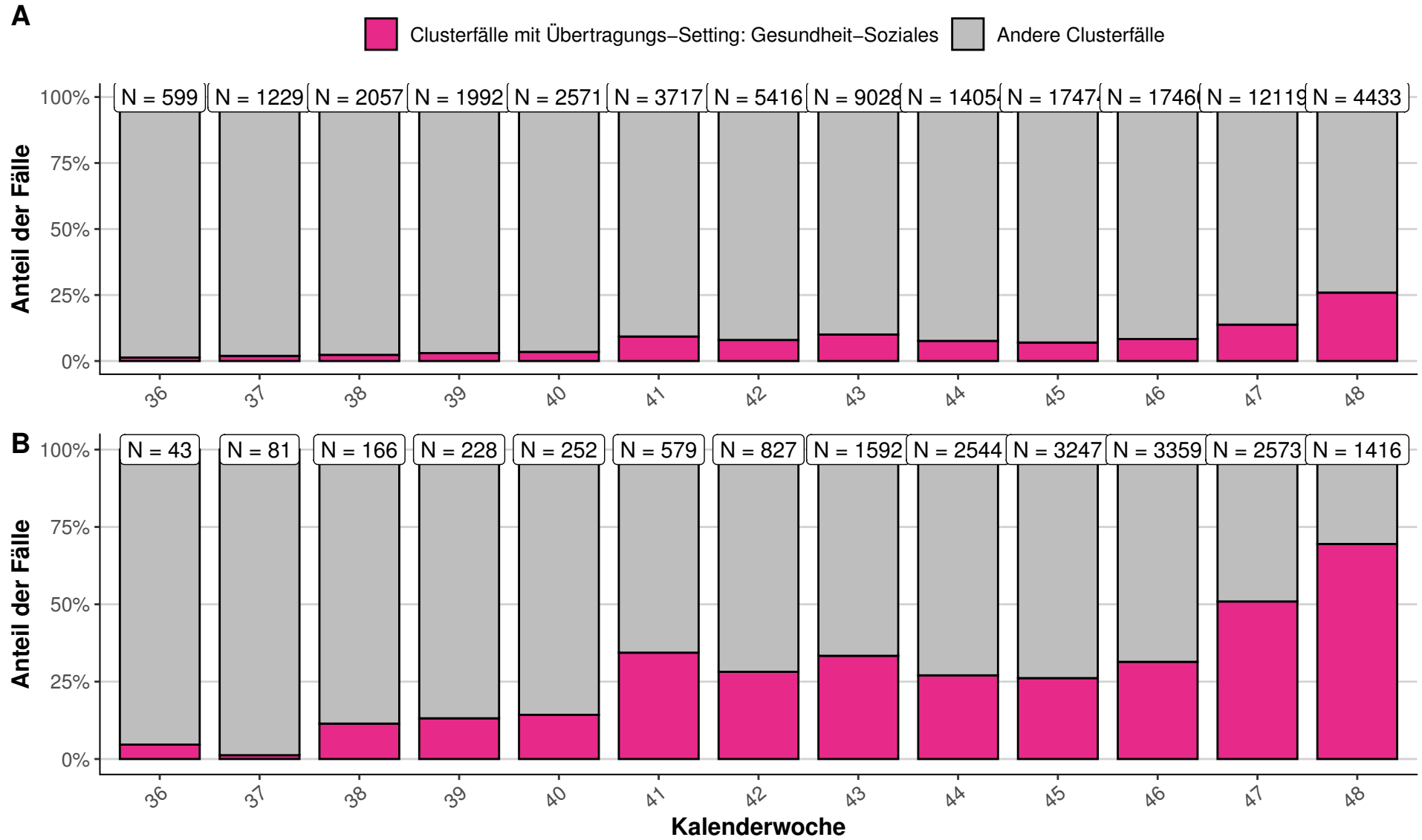


Abbildung 8: Österreich (exkl. Wien), Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen.

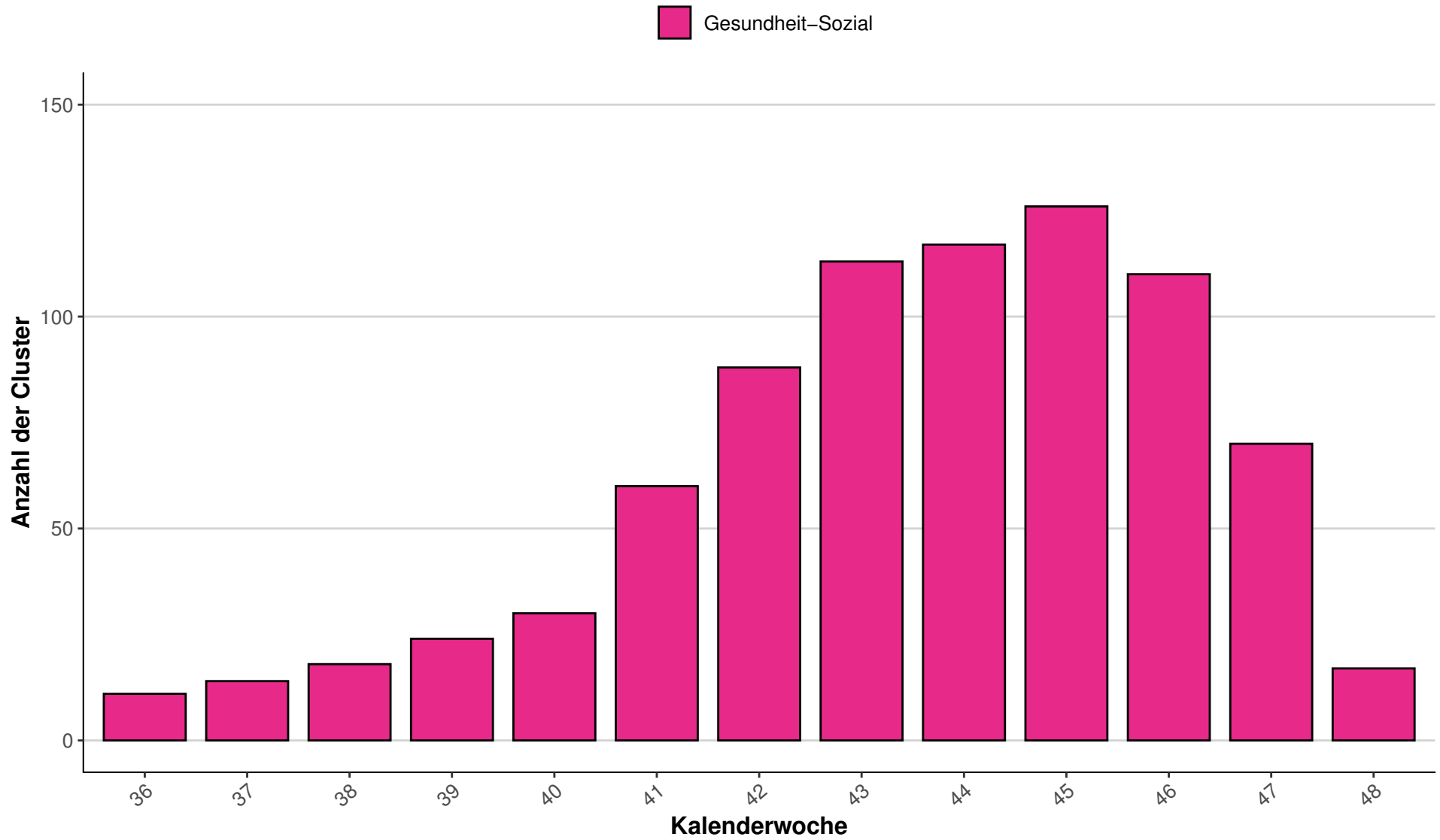


Abbildung 9: Österreich (exkl. Wien), Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

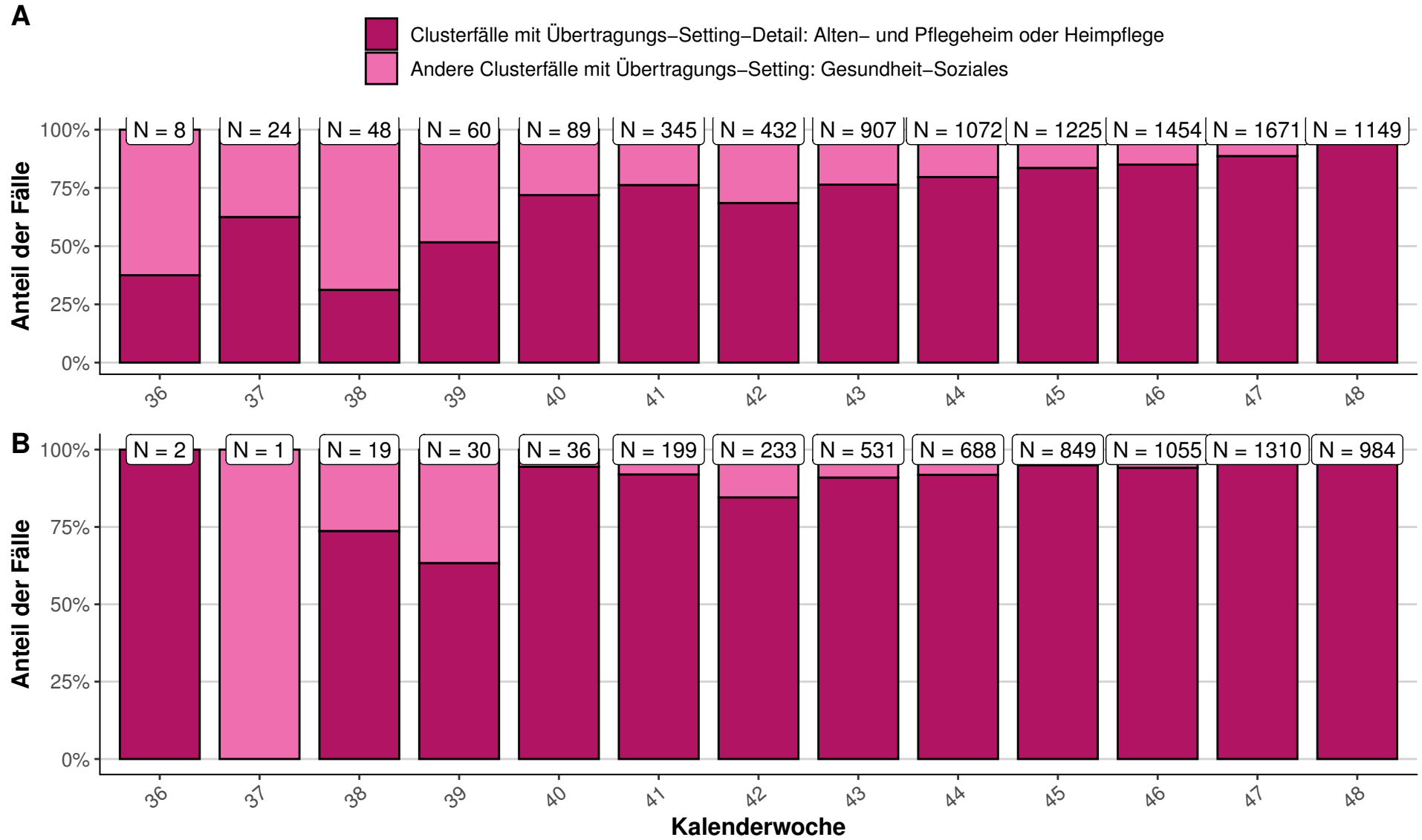


Abbildung 10: Österreich (exkl. Wien), Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle) für die Zeitperiode KW 36 bis KW 48.

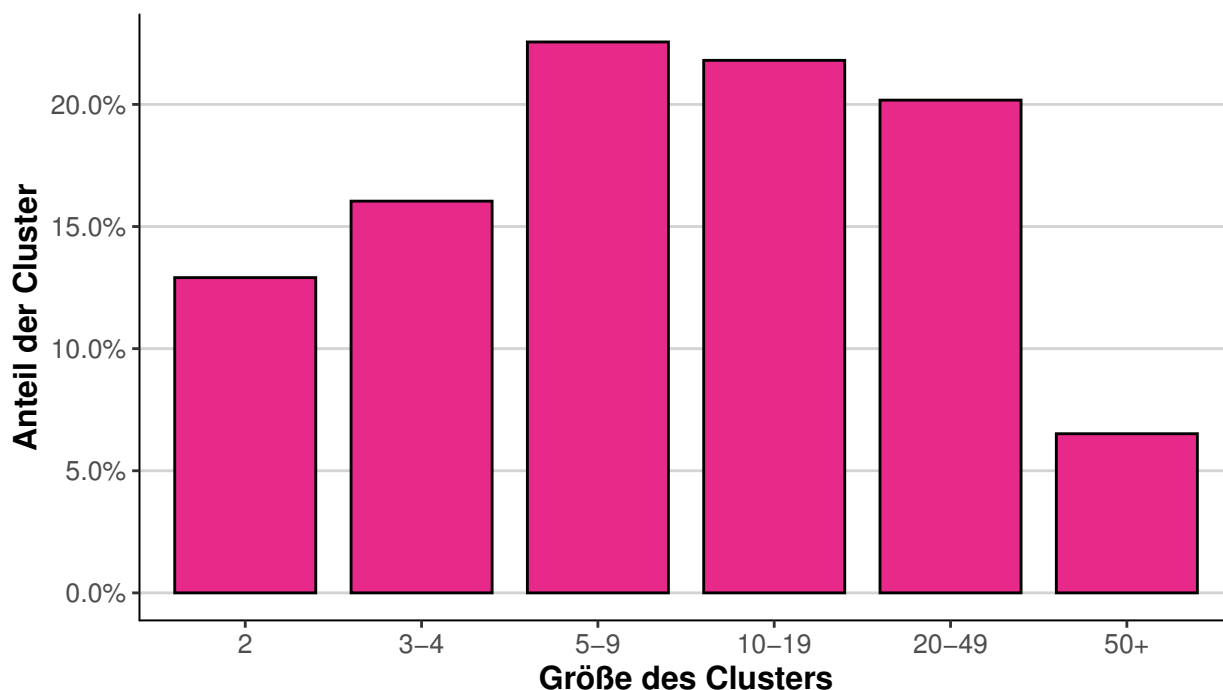
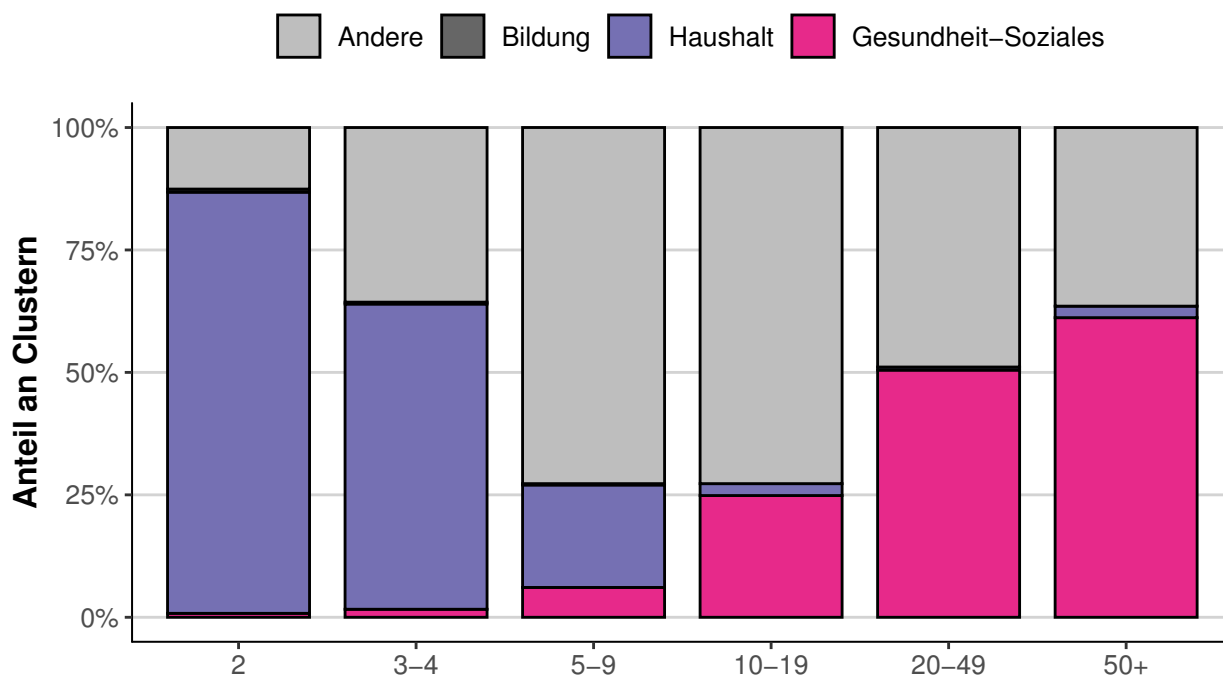


Abbildung 11: Österreich (exkl. Wien), Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales zu reinen Haushalts- bzw. reinen Bildungsclustern nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36 bis KW 48.



Burgenland

Abbildung 12: Burgenland, Fälle der ≥ 65 -Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

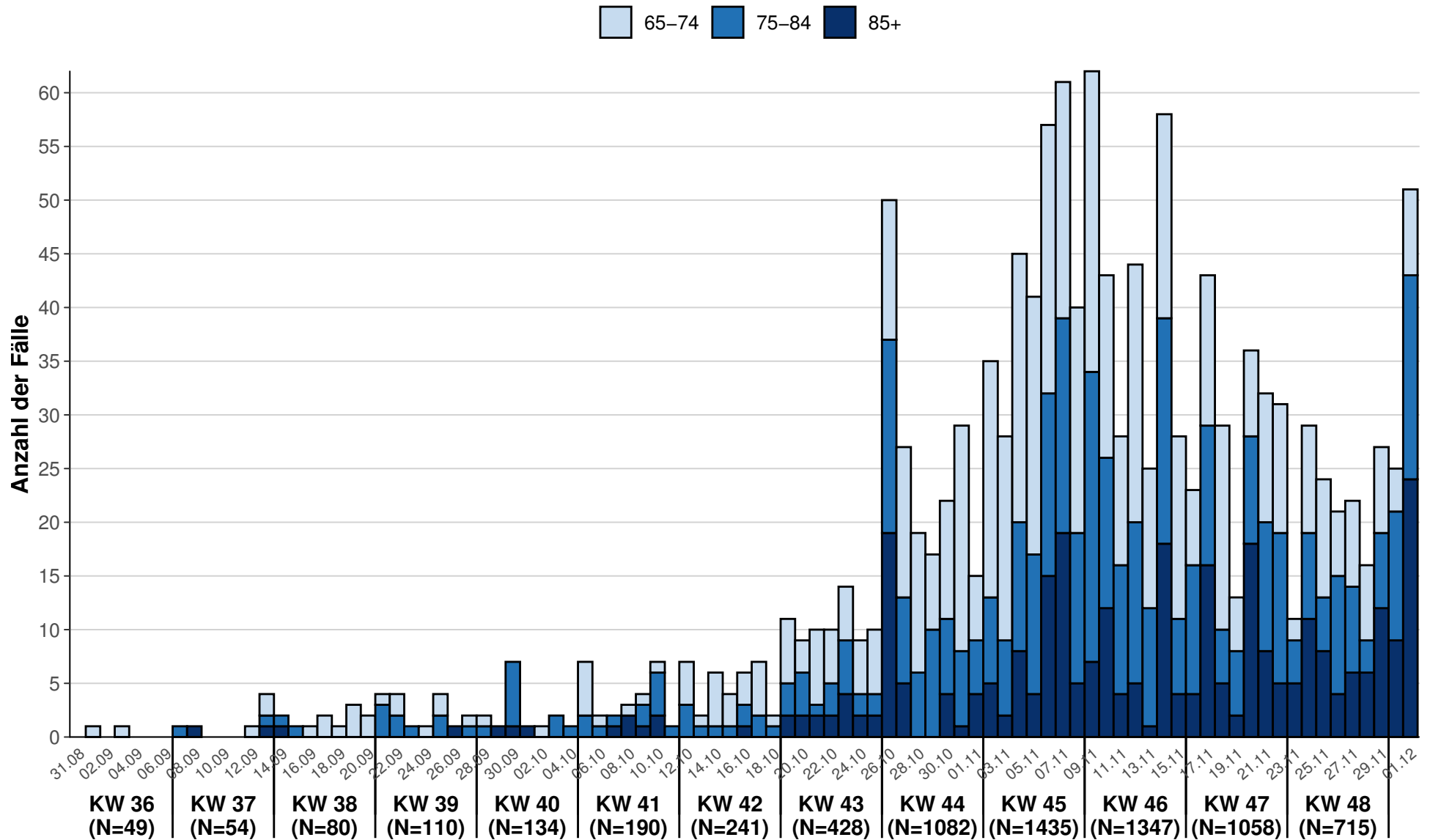
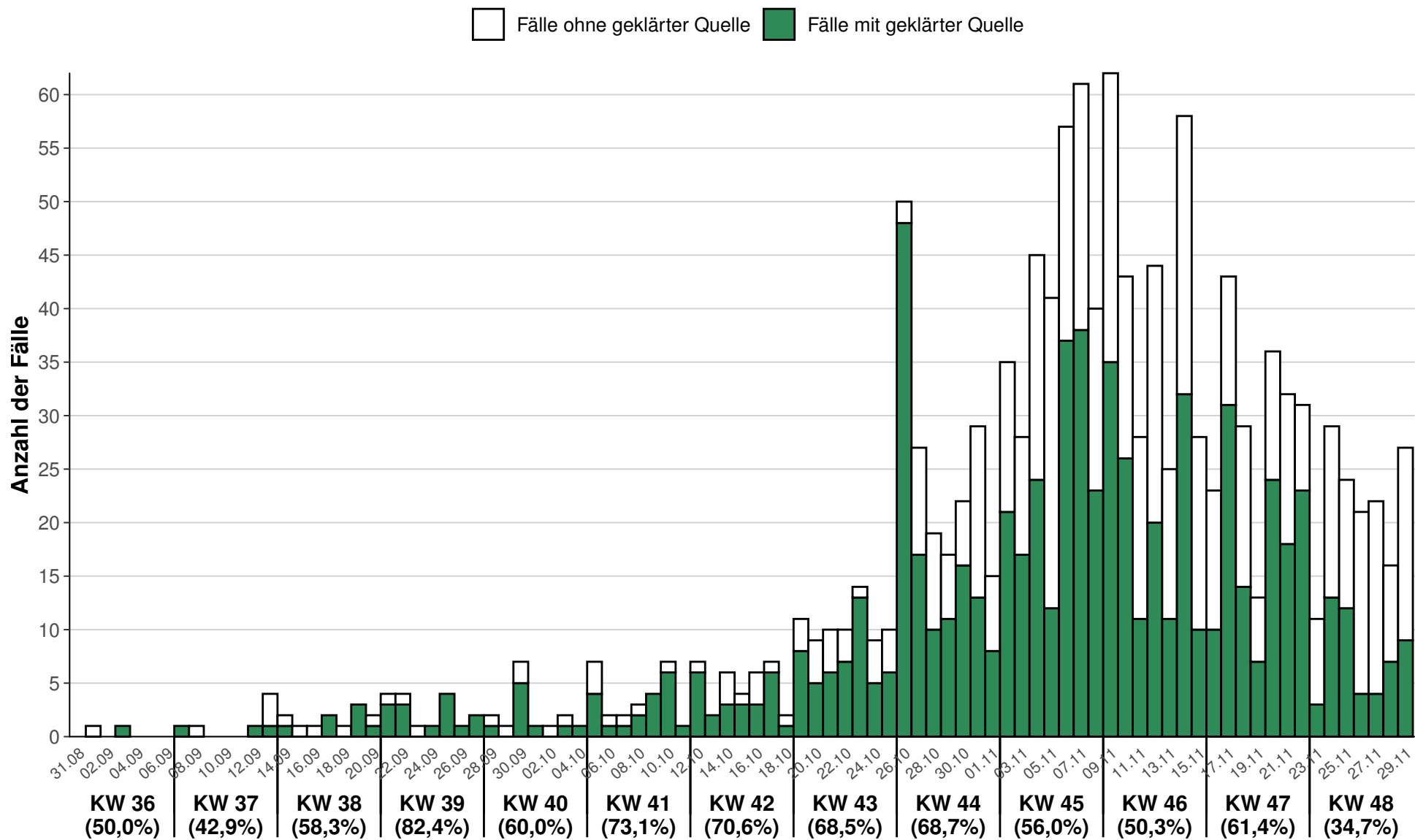


Tabelle 3: Burgenland, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche.

Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48
<25	38,78%	33,33%	23,75%	30,91%	38,06%	31,58%	26,14%	20,33%	19,22%	15,96%	19,15%	15,97%	18,04%
25-44	34,69%	27,78%	37,50%	31,82%	23,88%	26,84%	28,22%	25,93%	29,02%	28,08%	24,80%	29,30%	27,41%
45-64	22,45%	25,93%	23,75%	21,82%	26,87%	27,89%	31,54%	36,68%	35,21%	34,56%	34,67%	35,16%	33,57%
65+	4,08%	12,96%	15,00%	15,45%	11,19%	13,68%	14,11%	17,06%	16,54%	21,39%	21,38%	19,57%	20,98%

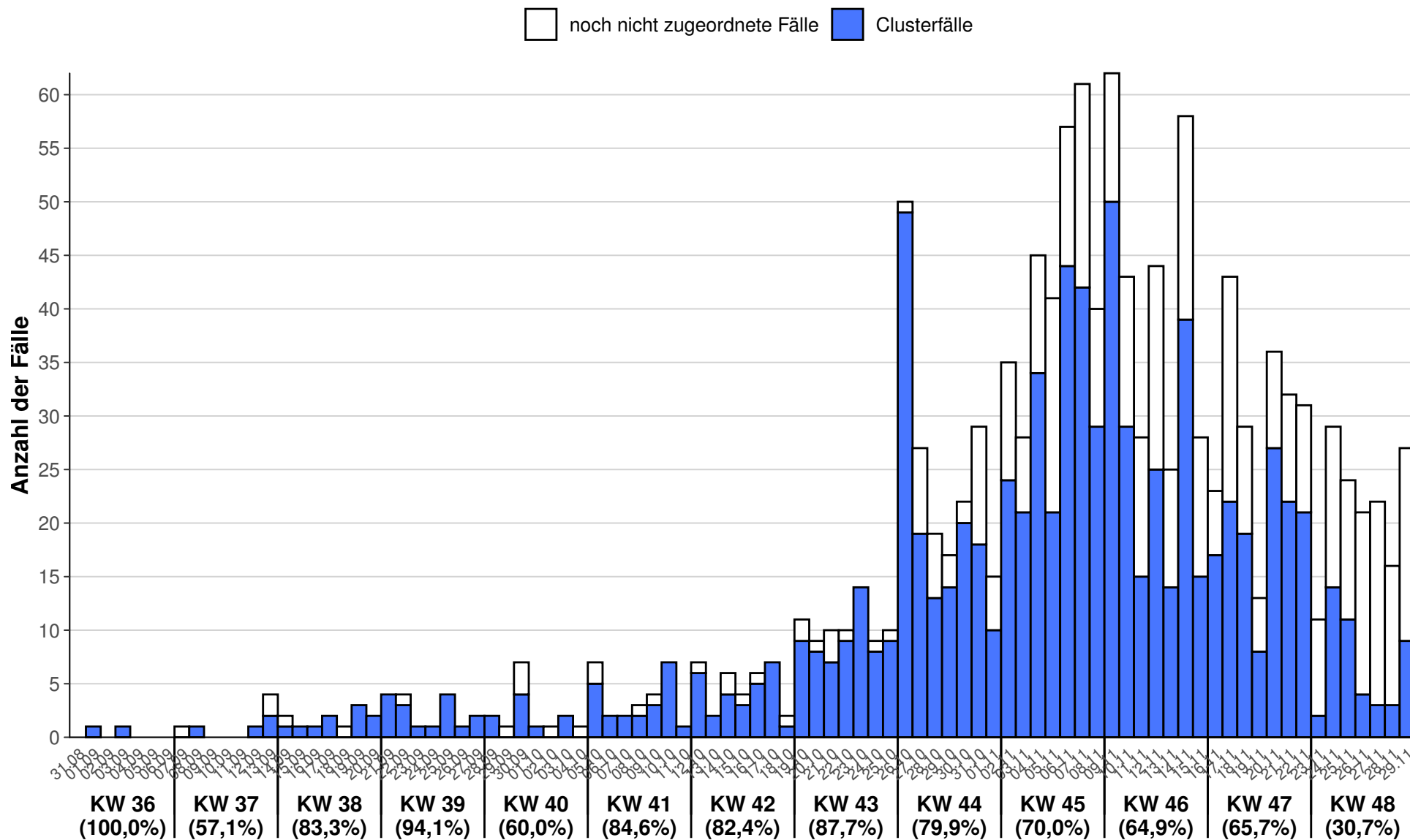
Geklärte Fälle

Abbildung 13: Burgenland, Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 14: Burgenland, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 15: Burgenland, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

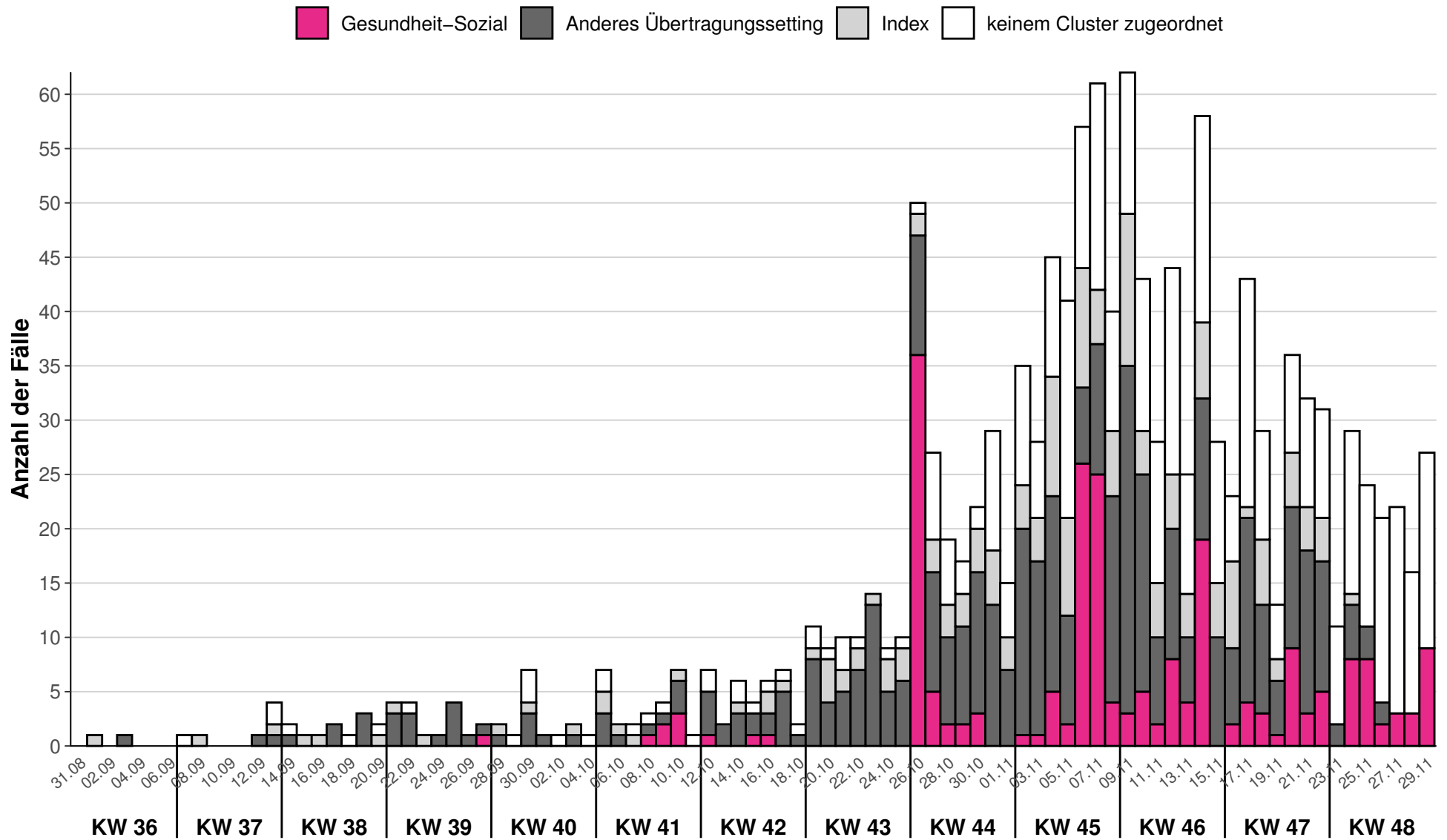


Abbildung 16: Burgenland, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

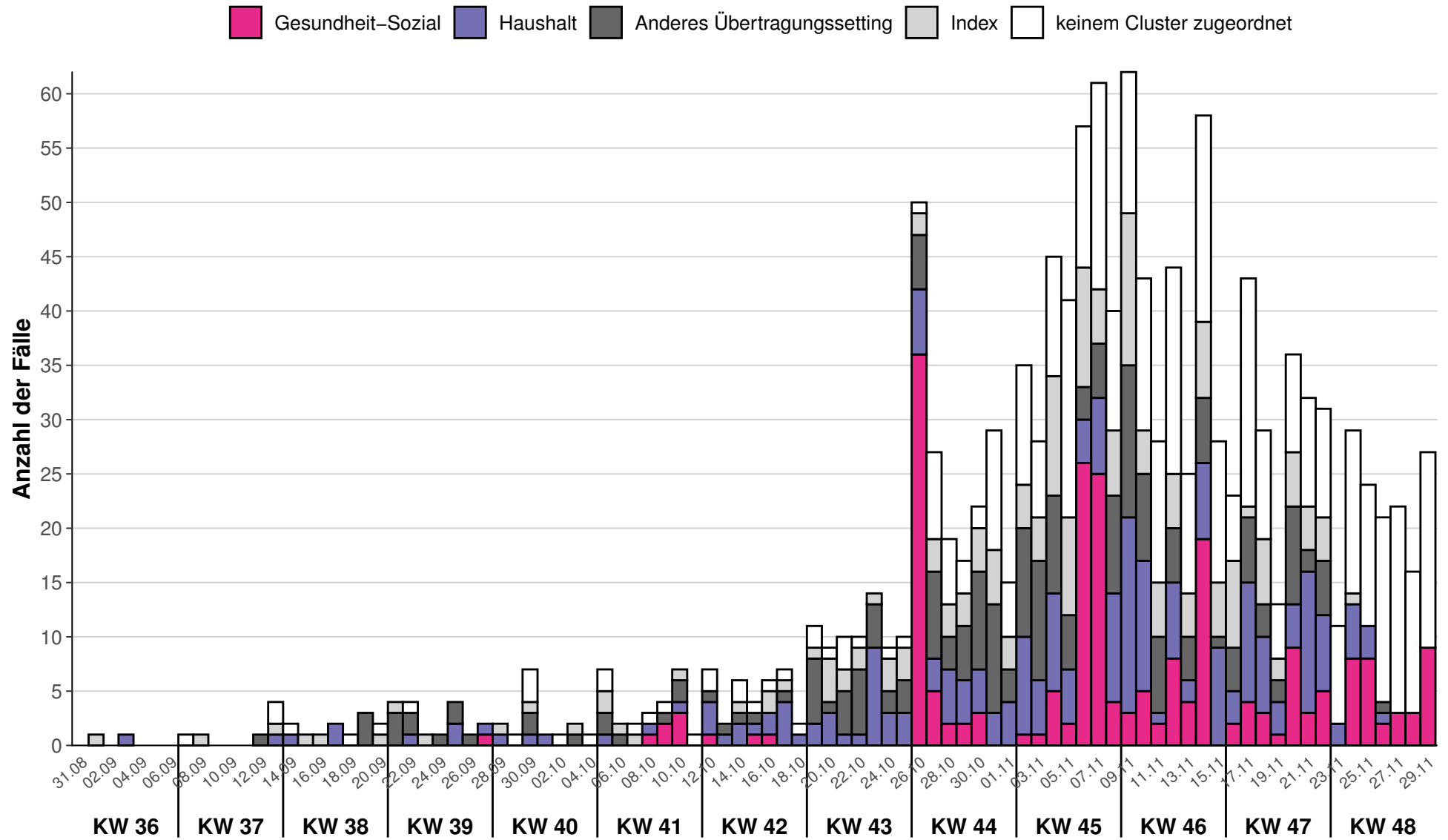


Abbildung 17: Burgenland, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

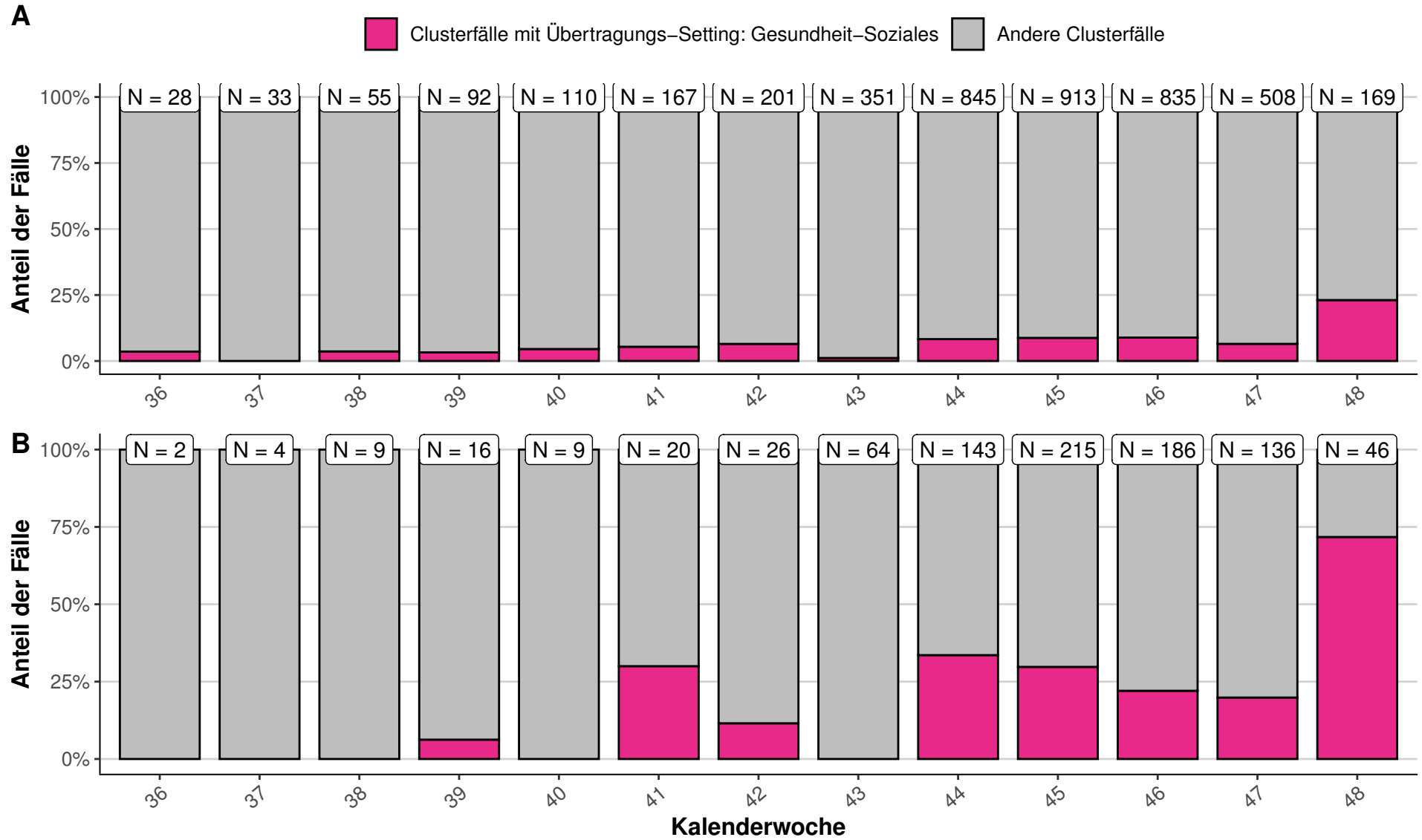


Abbildung 18: Burgenland, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen.

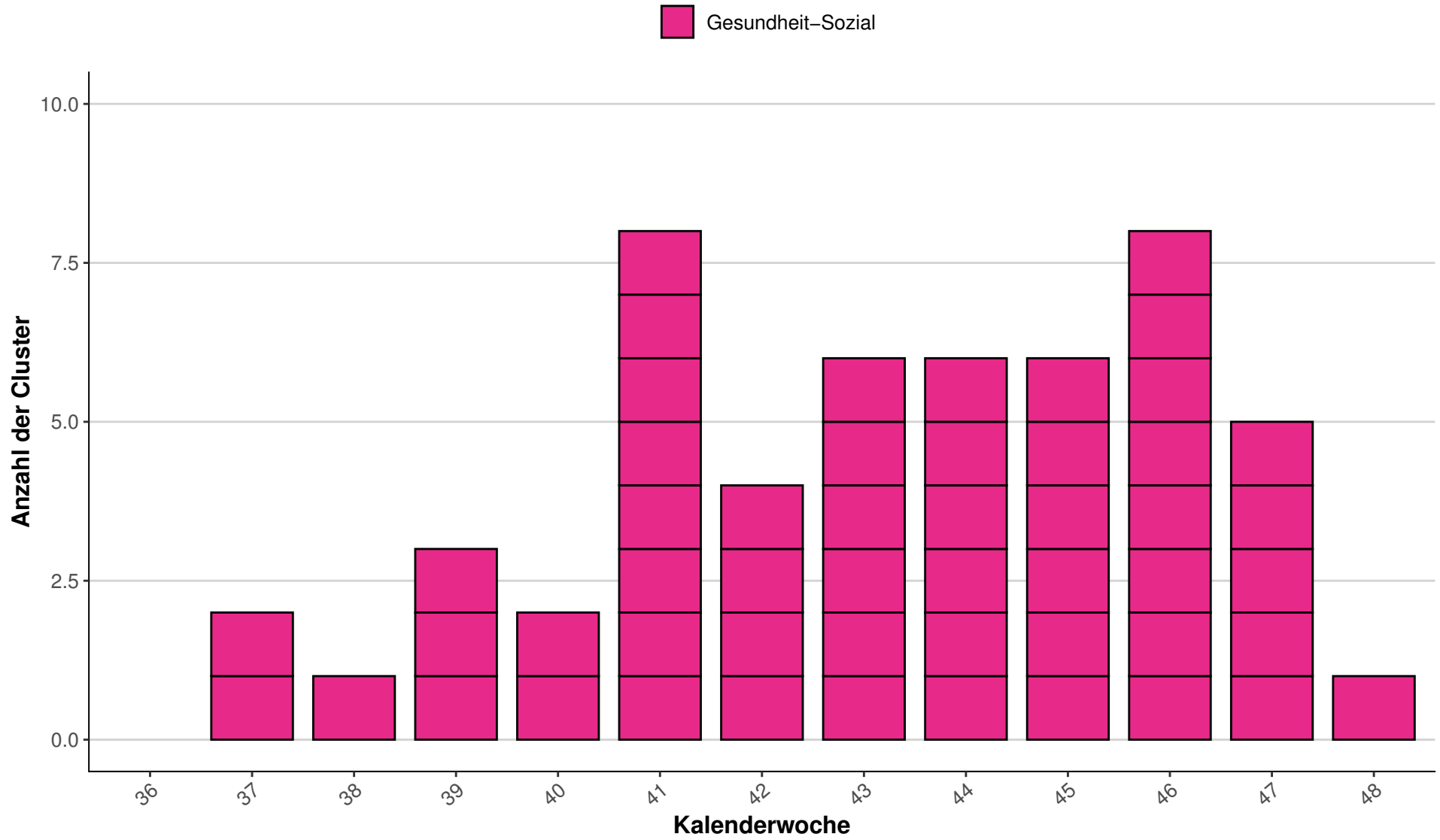


Abbildung 19: Burgenland, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

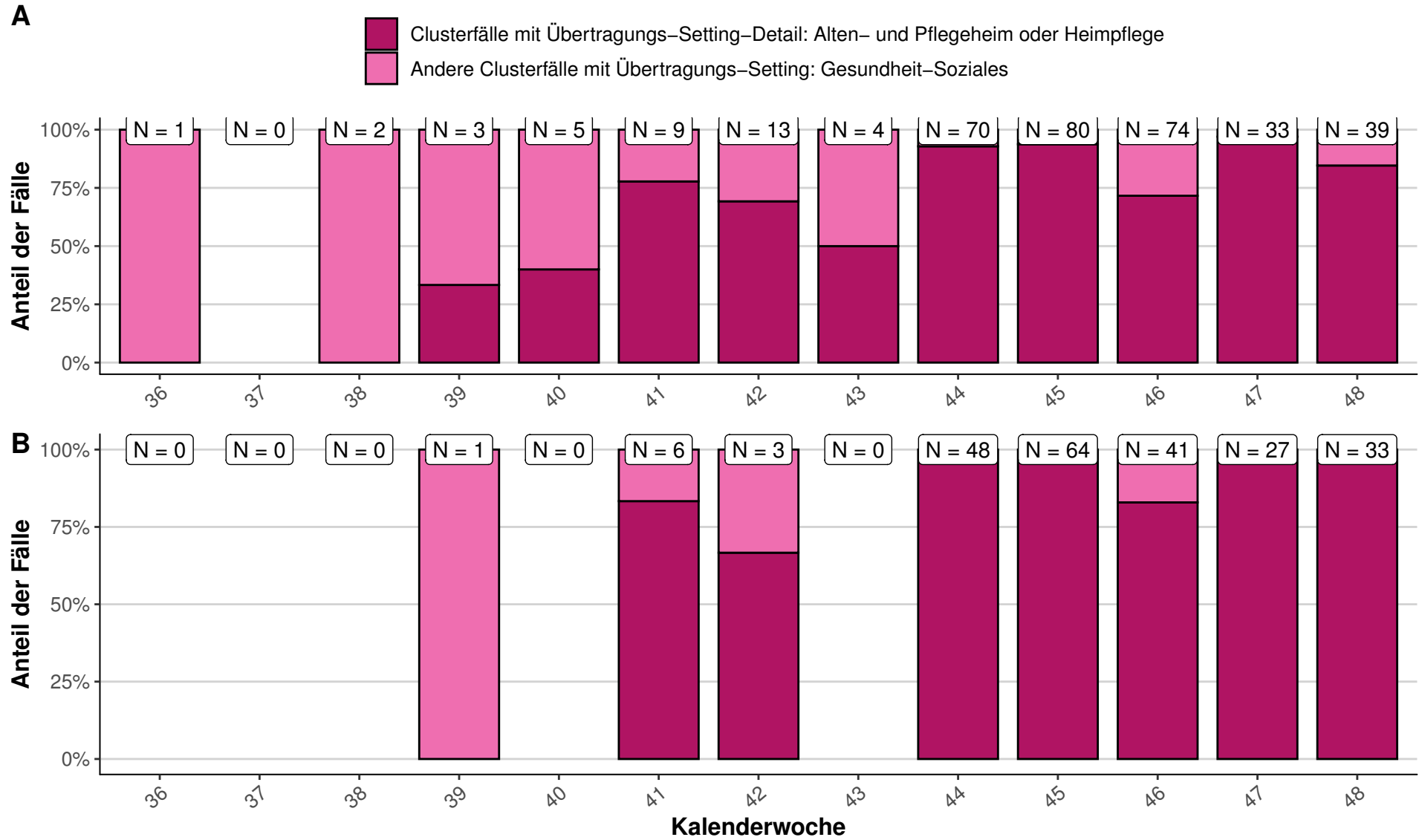
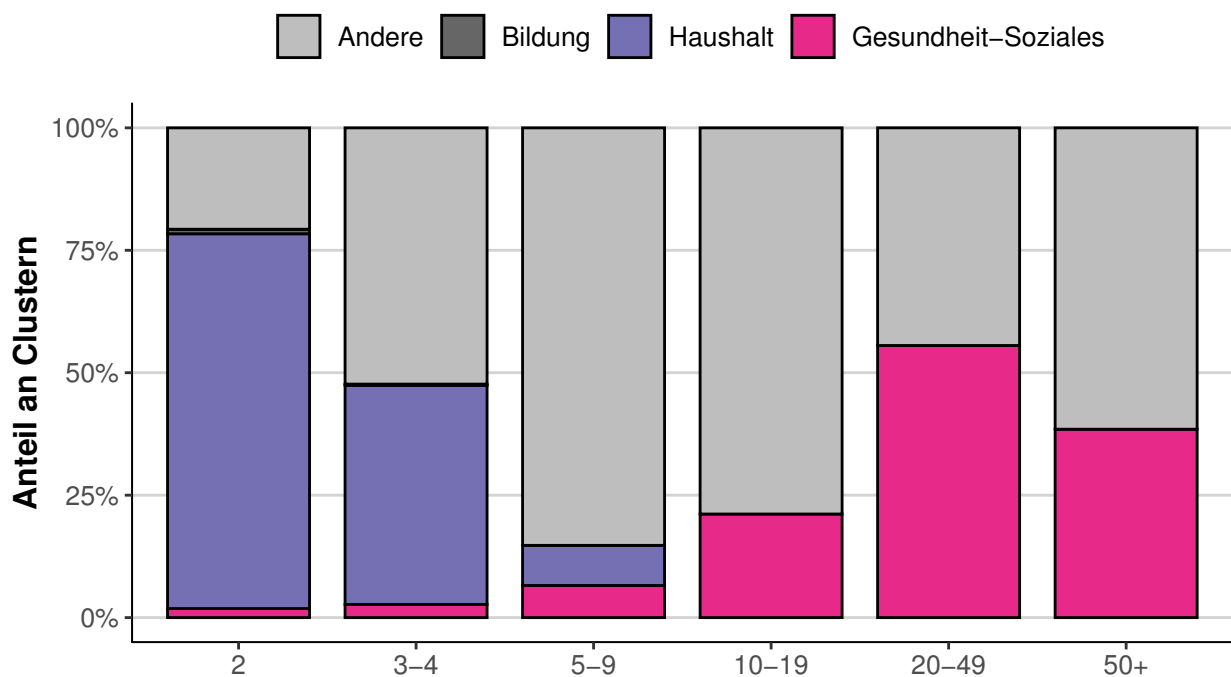


Abbildung 20: Burgenland, Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle) für die Zeitperiode KW 36 bis KW 48.



Abbildung 21: Burgenland Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales zu reinen Haushalts- bzw. reinen Bildungsclustern nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36 bis KW 48.



Kärnten

Abbildung 22: Kärnten, Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

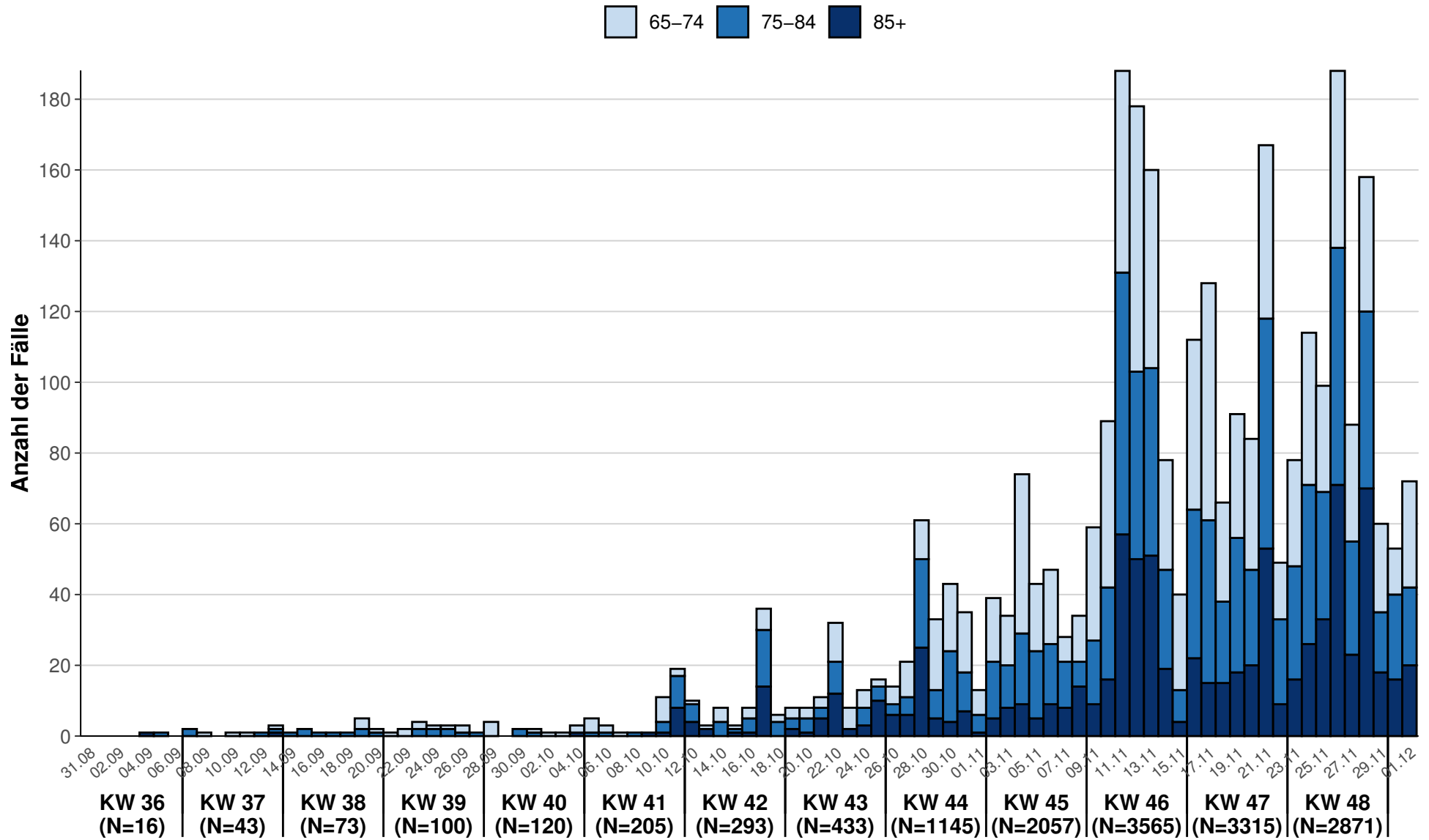
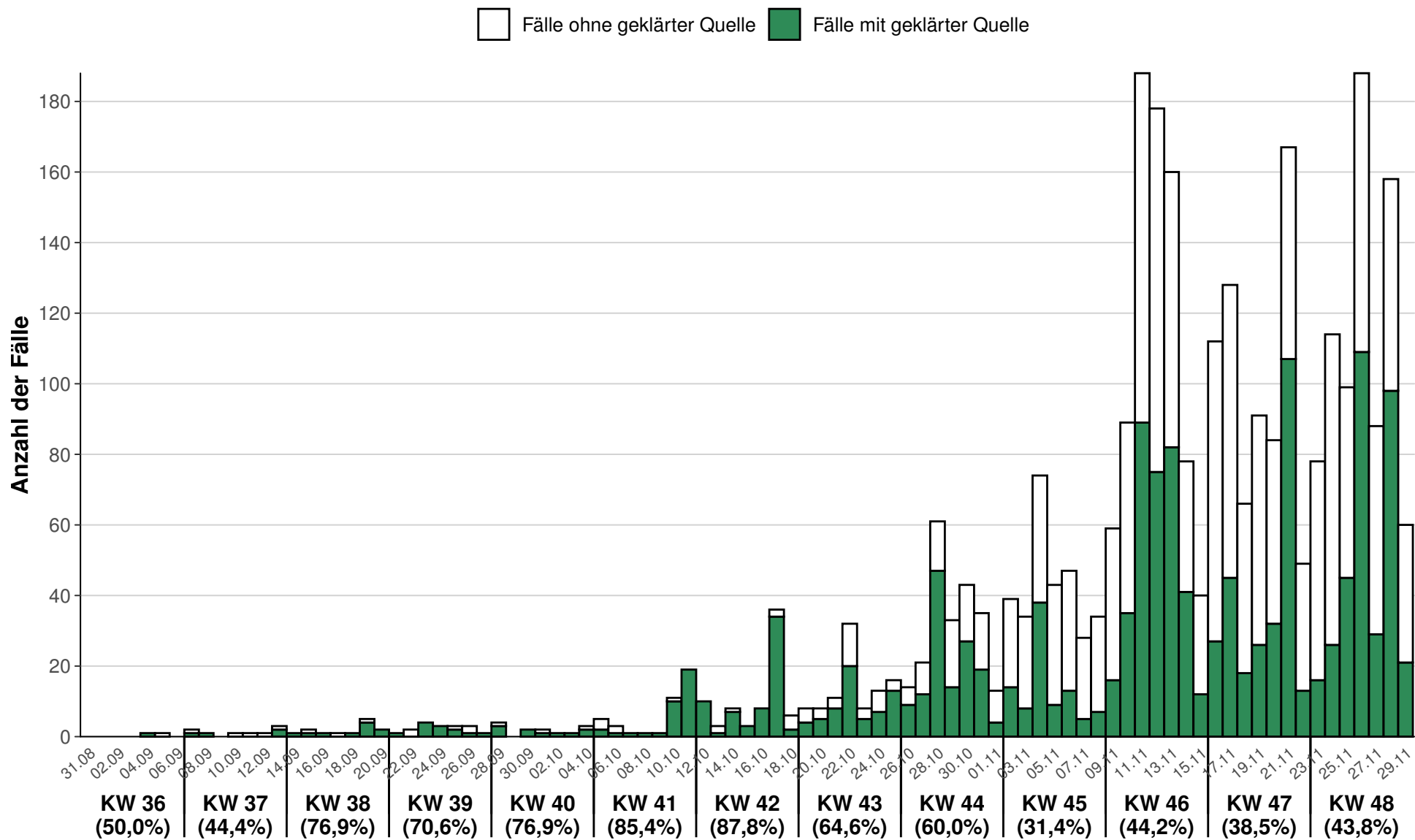


Tabelle 4: Kärnten, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche.

Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48
<25	12,50%	20,93%	23,29%	25,00%	25,00%	17,07%	21,50%	18,01%	20,44%	24,11%	18,60%	14,33%	11,95%
25-44	43,75%	25,58%	34,25%	31,00%	35,00%	35,12%	21,16%	31,41%	27,60%	28,73%	27,04%	30,29%	26,37%
45-64	31,25%	32,56%	24,66%	27,00%	29,17%	27,80%	32,08%	28,41%	32,75%	32,62%	32,15%	34,36%	34,34%
65+	12,50%	20,93%	17,81%	17,00%	10,83%	20,00%	25,26%	22,17%	19,21%	14,54%	22,22%	21,03%	27,34%

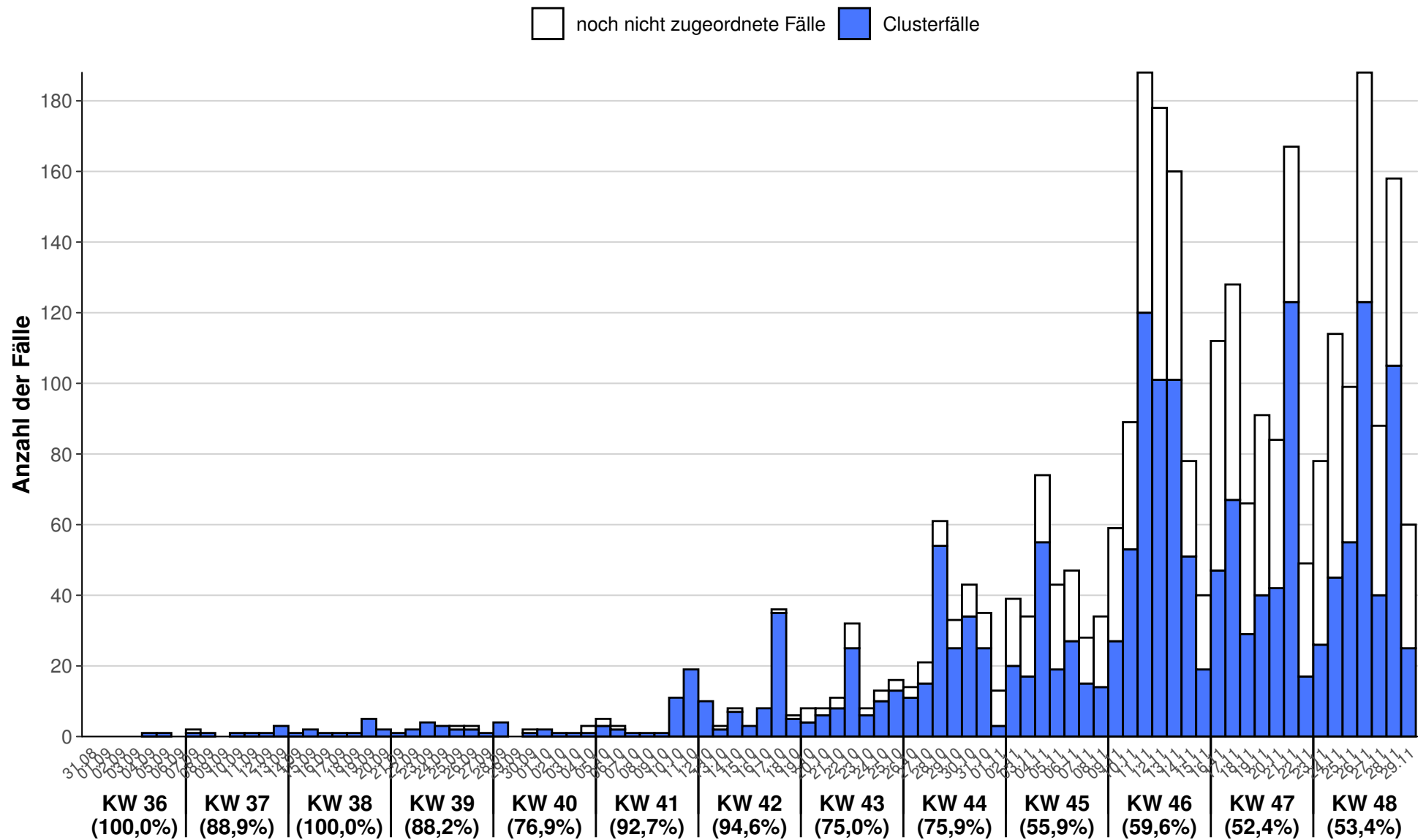
Geklärte Fälle

Abbildung 23: Kärnten, Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 24: Kärnten, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 25: Kärnten, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

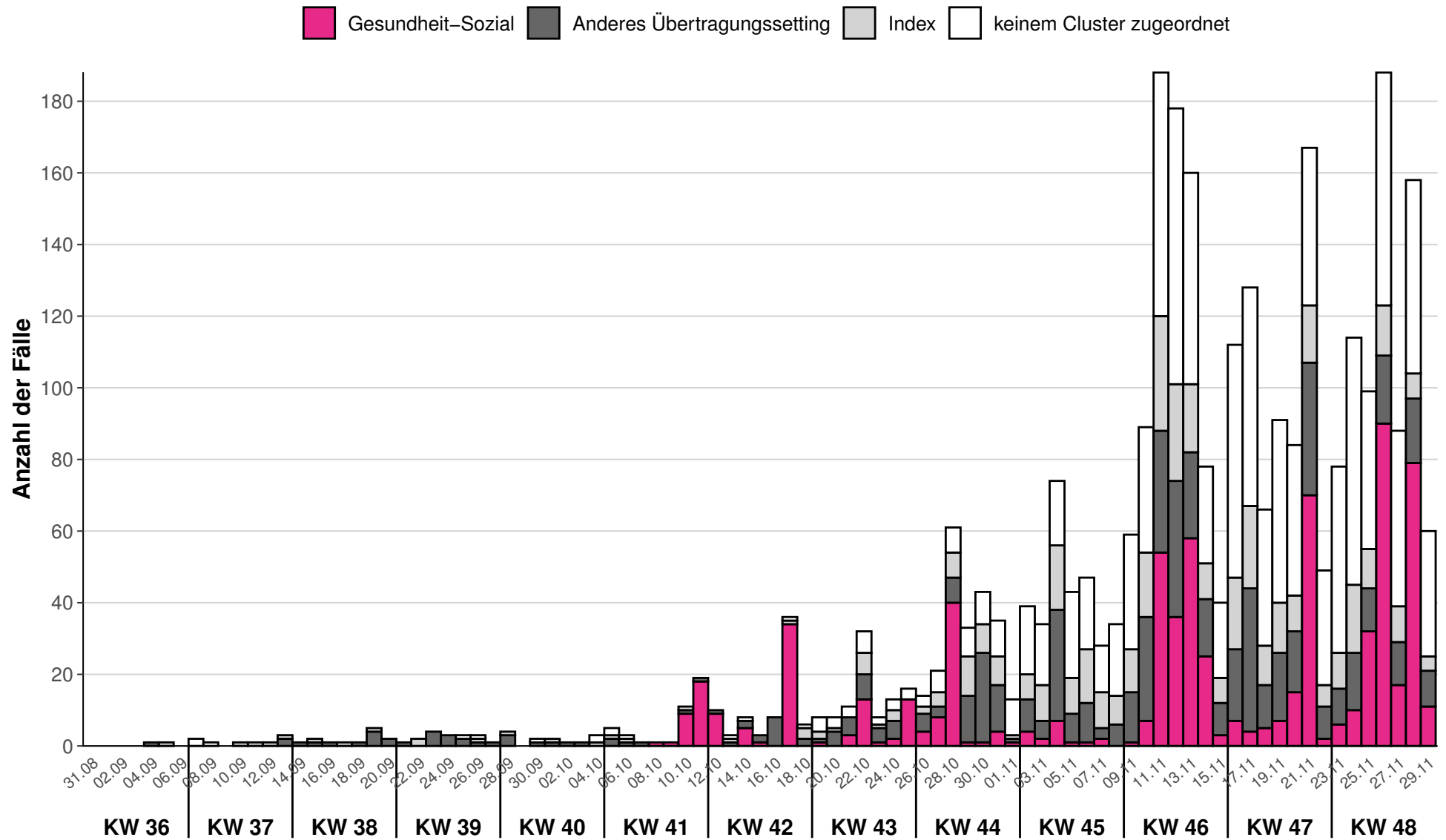


Abbildung 26: Kärnten, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

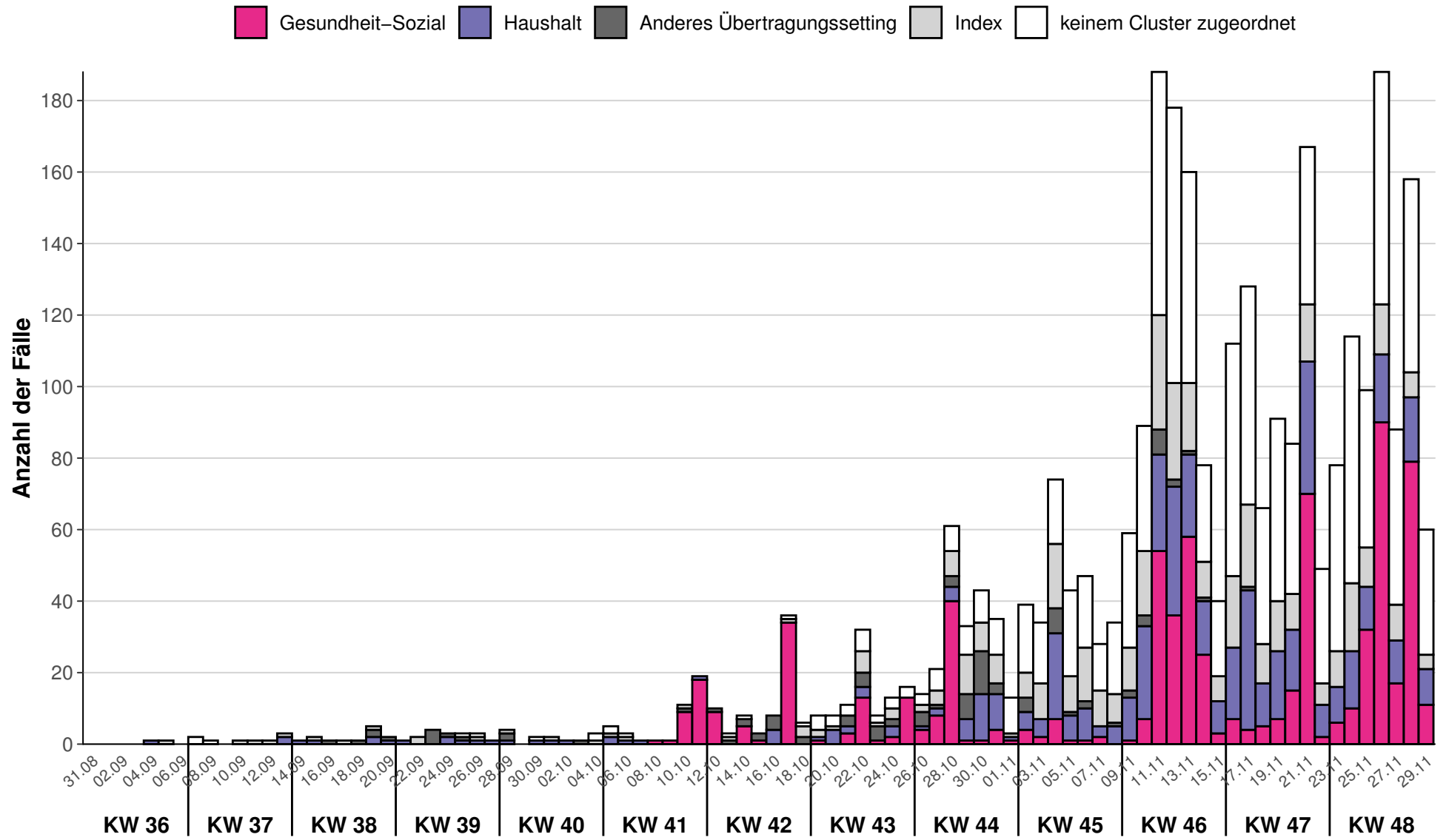


Abbildung 27: Kärnten, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales.
A: Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

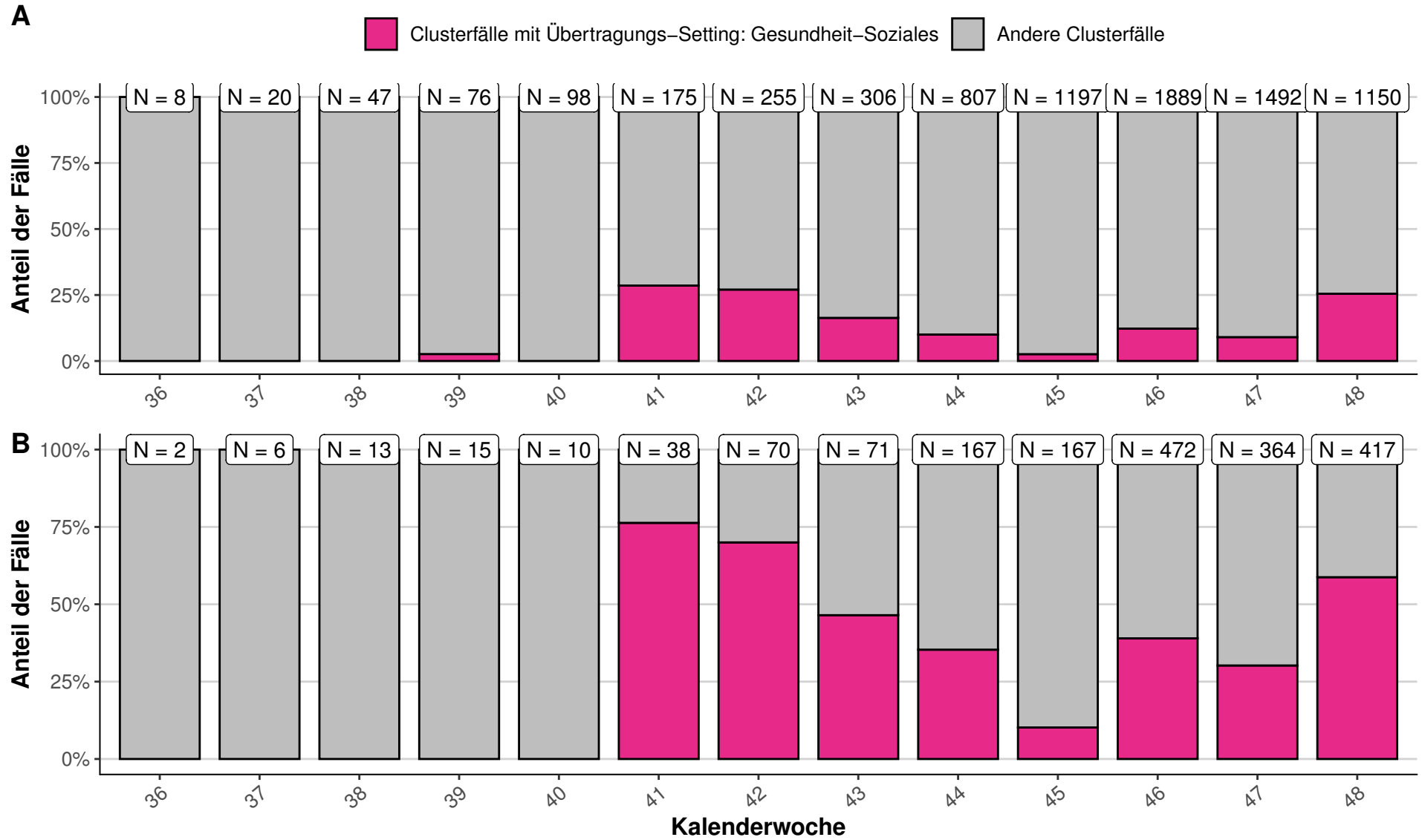


Abbildung 28: Kärnten, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen.

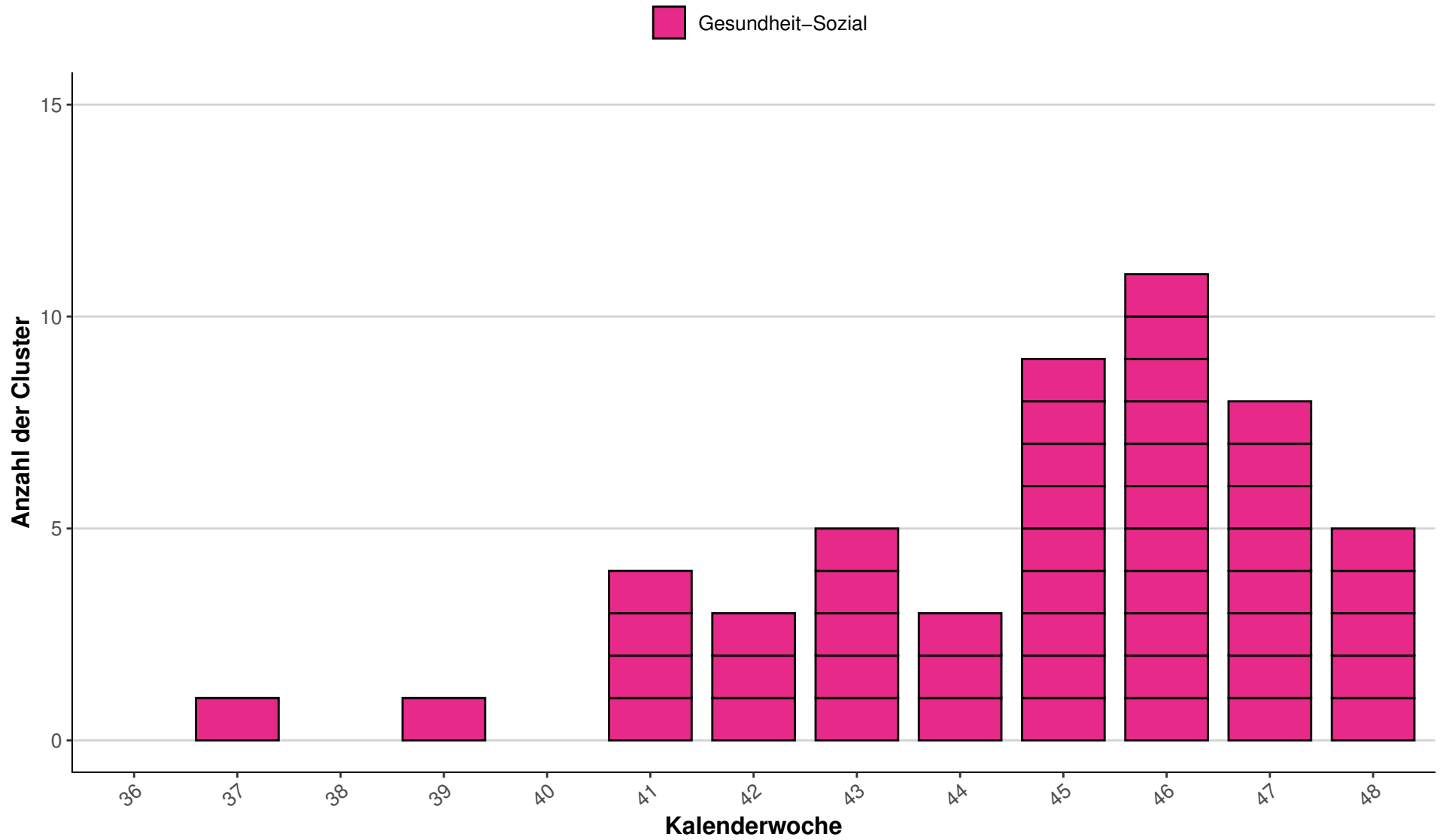


Abbildung 29: Kärnten, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

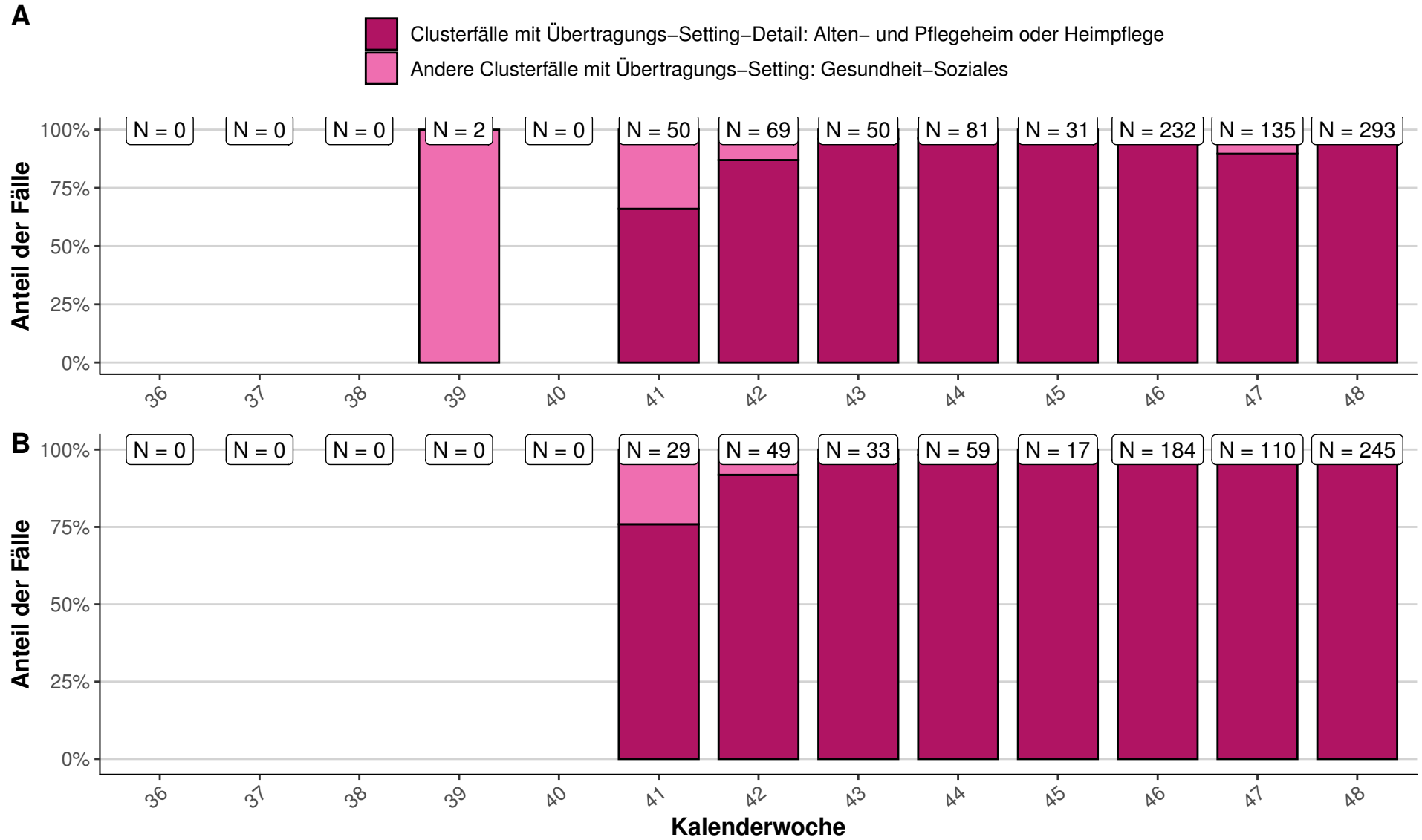


Abbildung 30: Kärnten, Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle) für die Zeitperiode KW 36 bis KW 48.

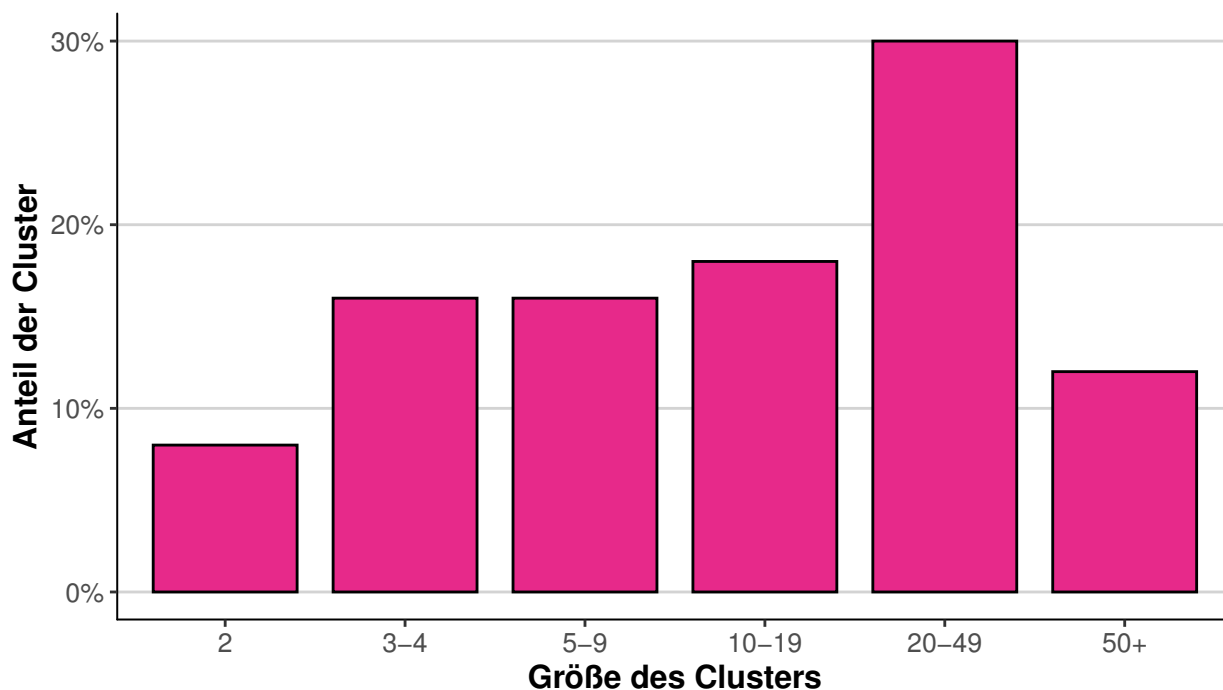
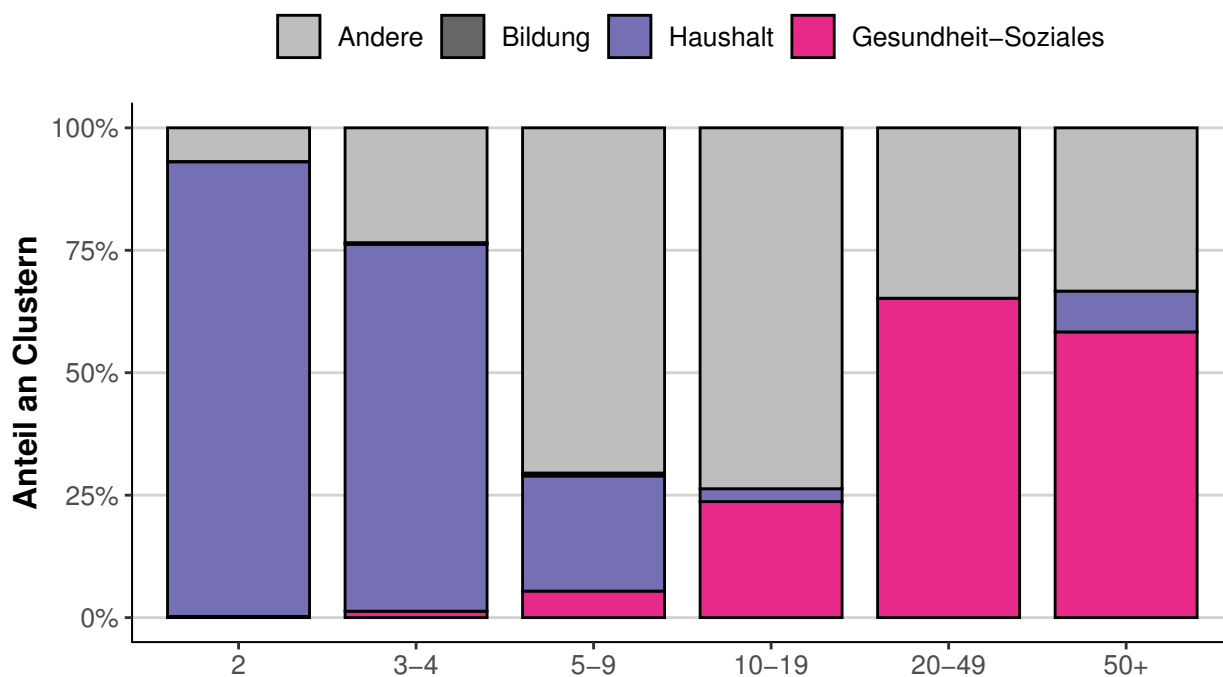


Abbildung 31: Kärnten Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales zu reinen Haushalts- bzw. reinen Bildungsclustern nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36 bis KW 48.



Niederösterreich

Abbildung 32: Niederösterreich, Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

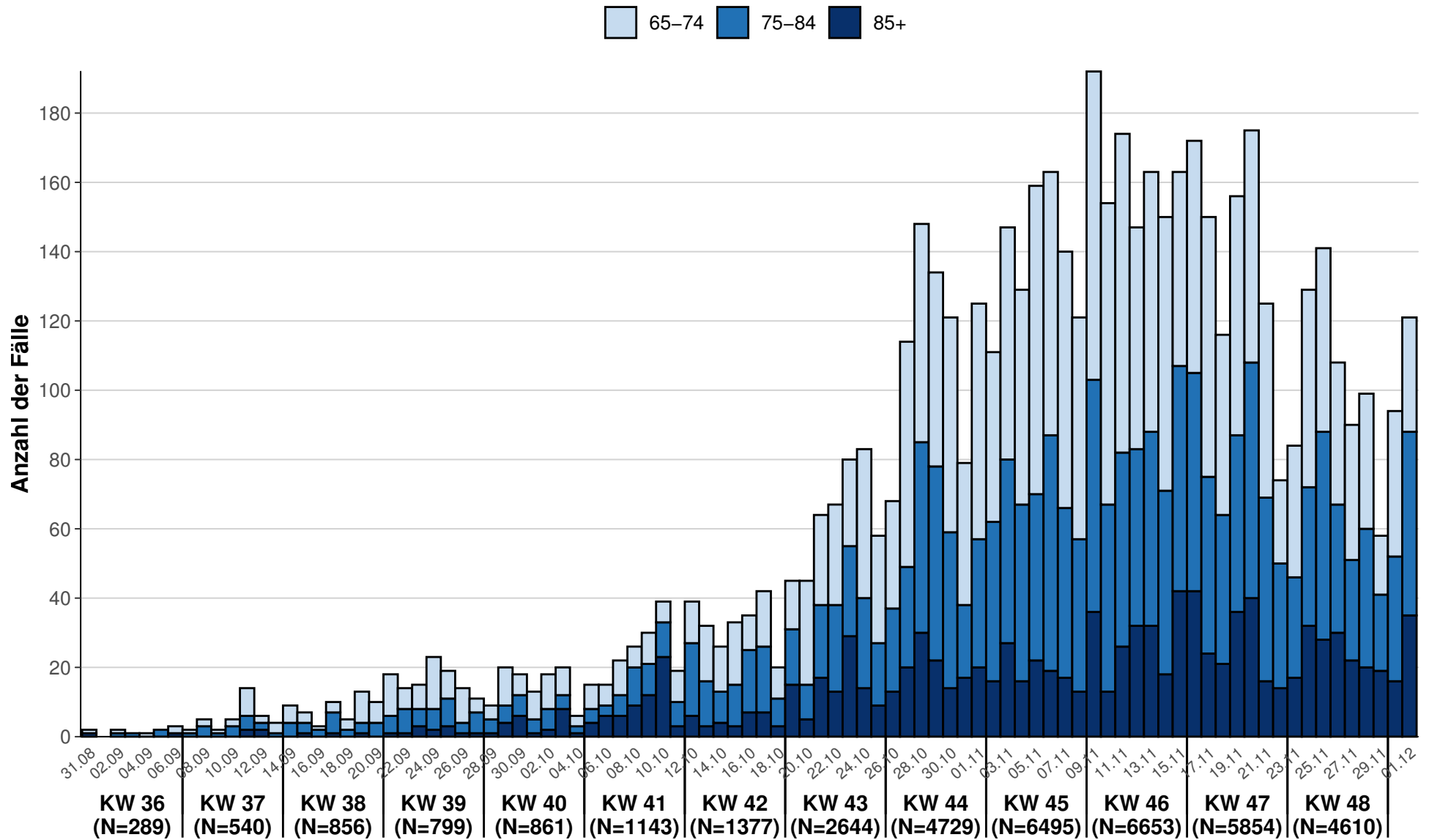
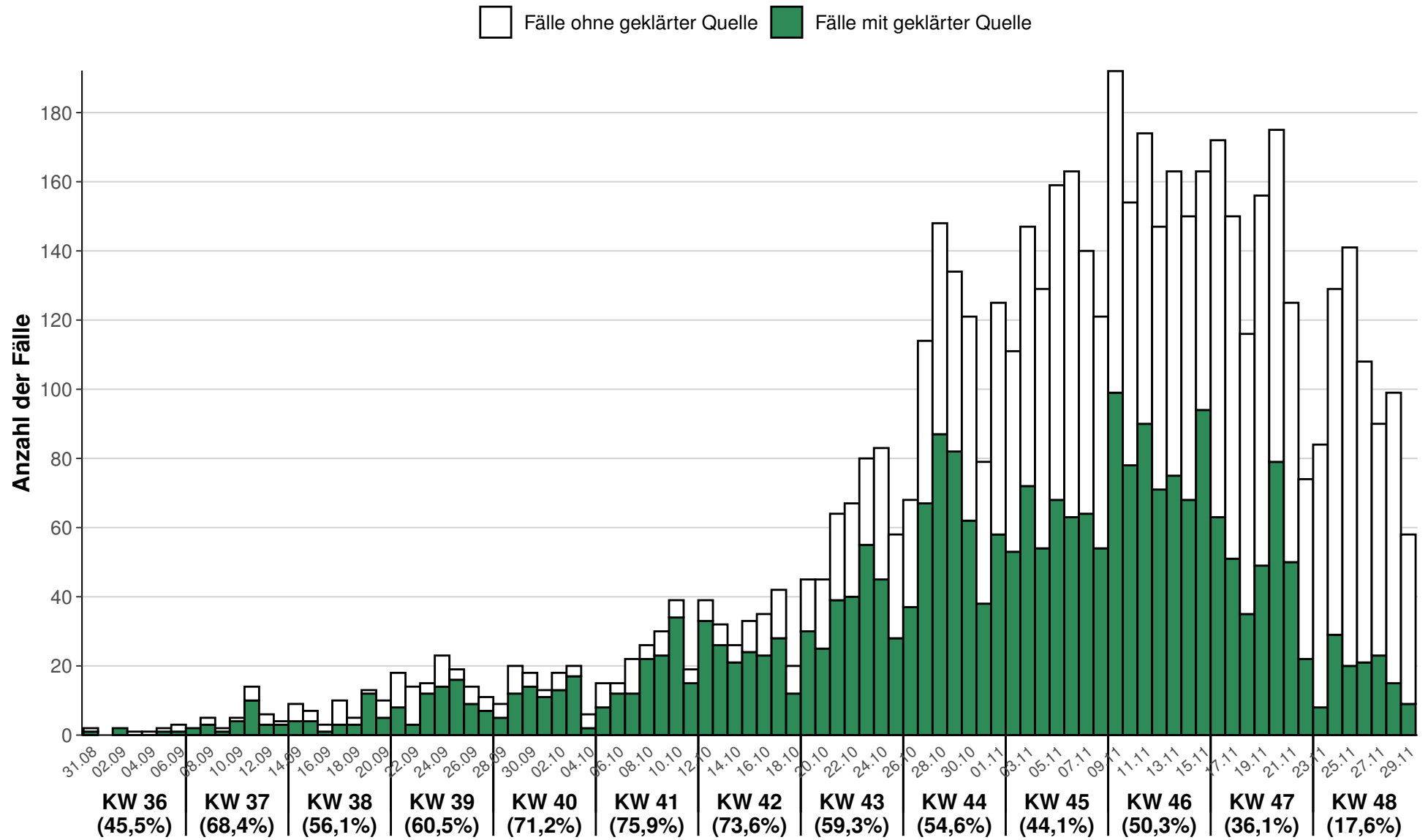


Tabelle 5: Niederösterreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche.

Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48
<25	39,10%	32,59%	37,03%	27,41%	24,16%	28,43%	22,66%	22,31%	21,08%	20,40%	18,32%	19,76%	21,54%
25-44	35,64%	35,93%	32,01%	29,16%	30,66%	25,55%	28,03%	27,61%	28,15%	29,11%	28,81%	29,60%	30,33%
45-64	21,45%	24,44%	24,30%	29,16%	33,10%	31,50%	32,82%	33,36%	34,09%	35,55%	35,68%	34,10%	32,75%
65+	3,81%	7,04%	6,66%	14,27%	12,08%	14,52%	16,49%	16,72%	16,68%	14,93%	17,18%	16,54%	15,38%

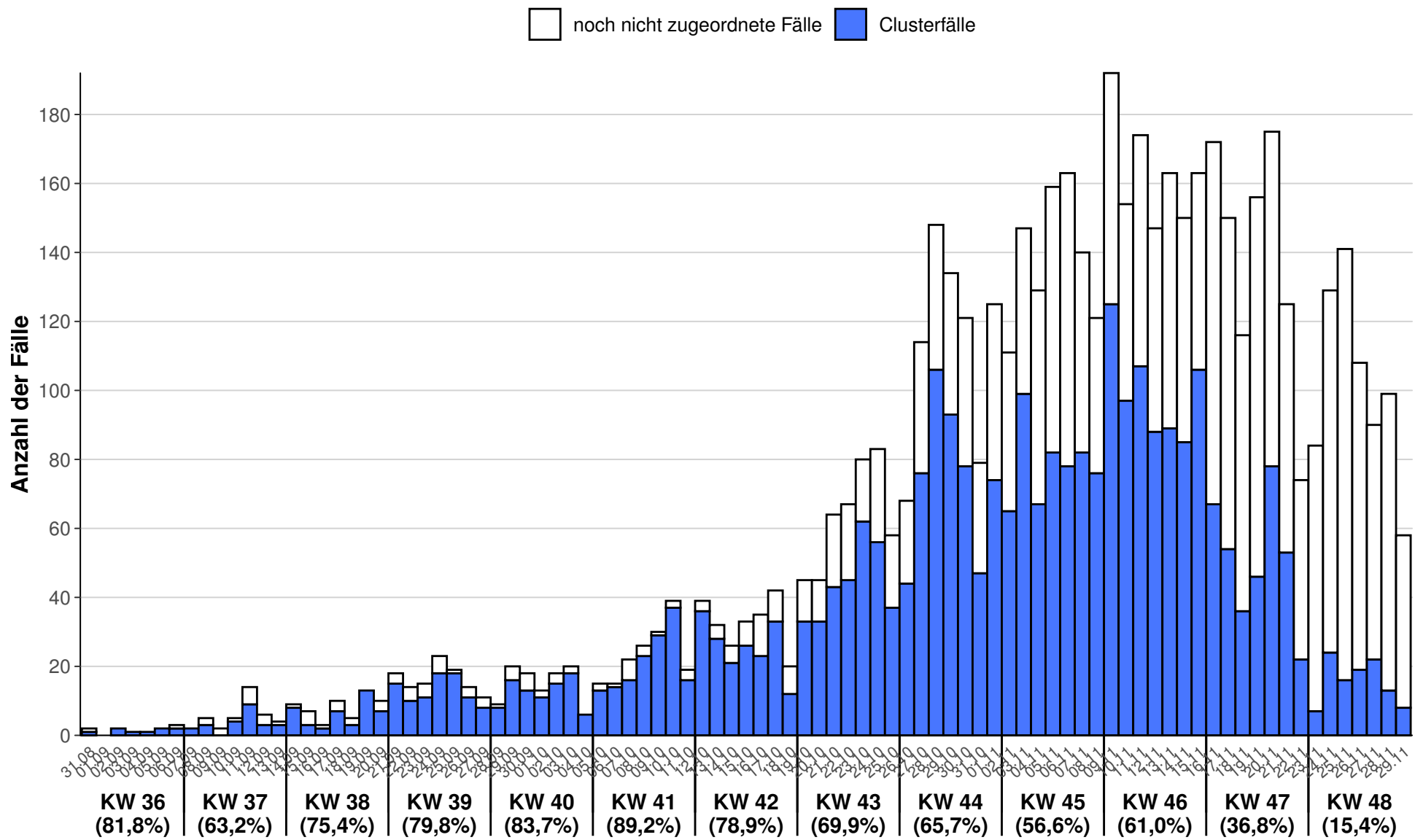
Geklärte Fälle

Abbildung 33: Niederösterreich, Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 34: Niederösterreich, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 35: Niederösterreich, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

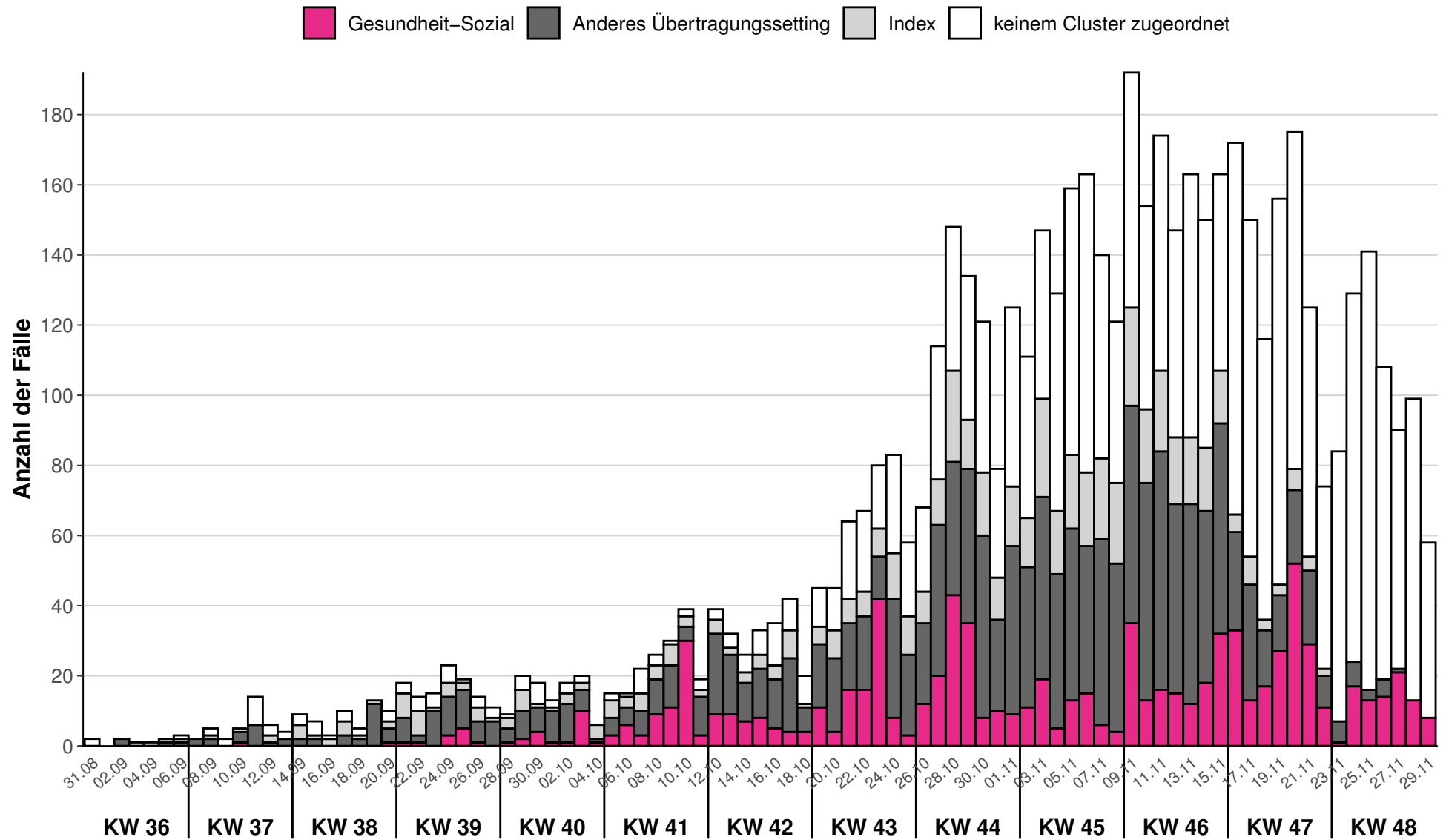


Abbildung 36: Niederösterreich, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65 -Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

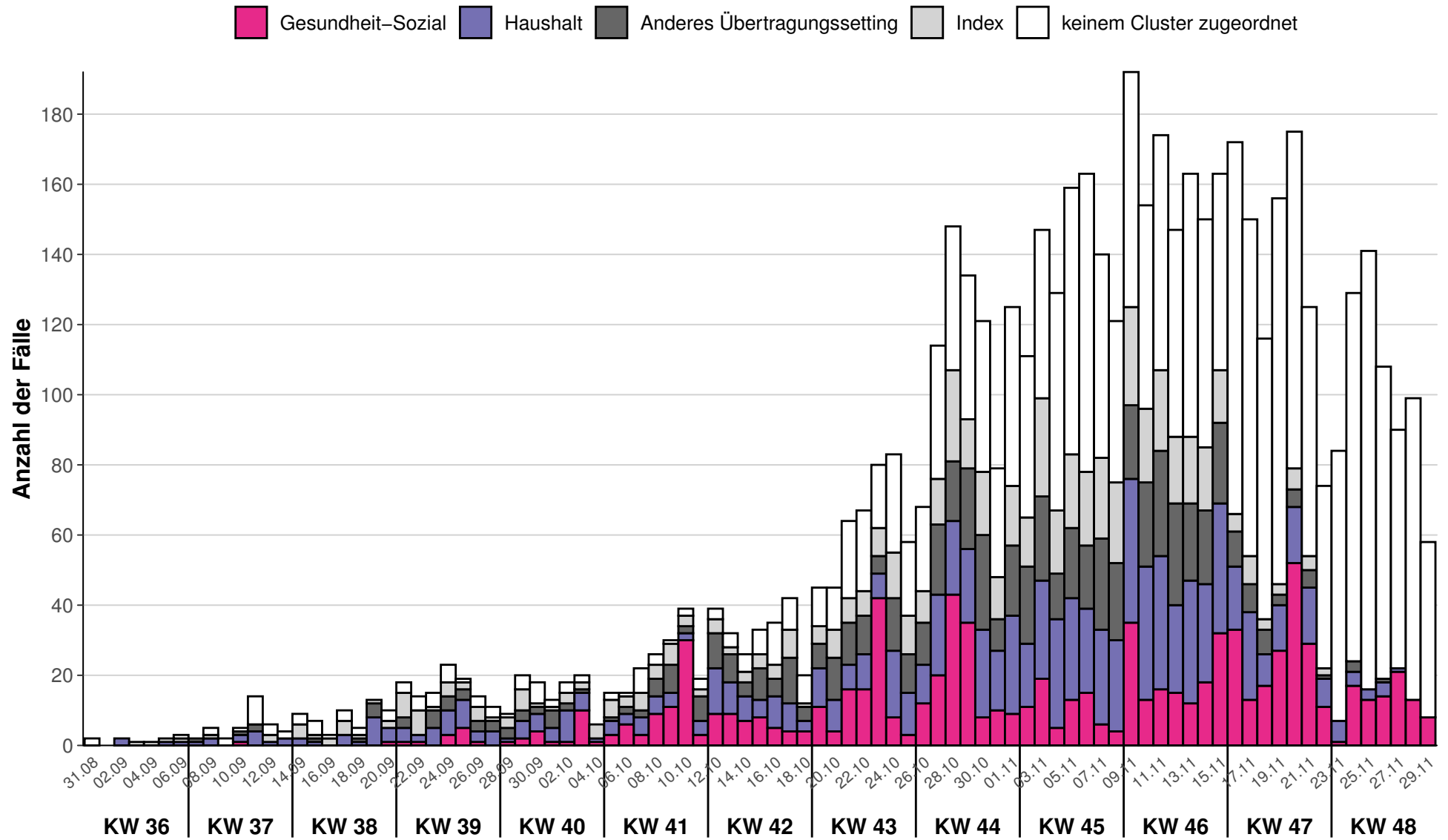
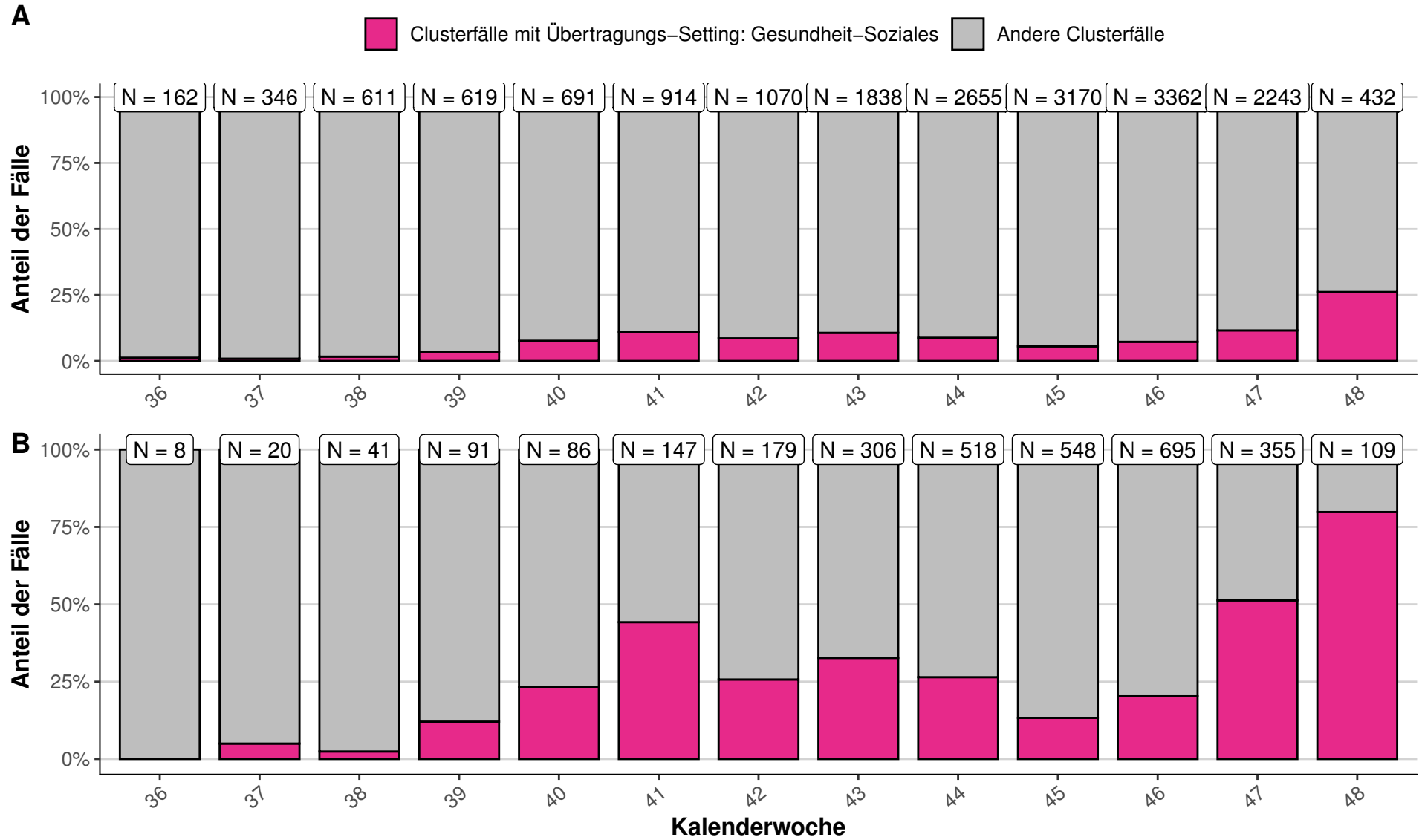


Abbildung 37: Niederösterreich, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.



40

03.12.2020

Abbildung 38: Niederösterreich, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen.

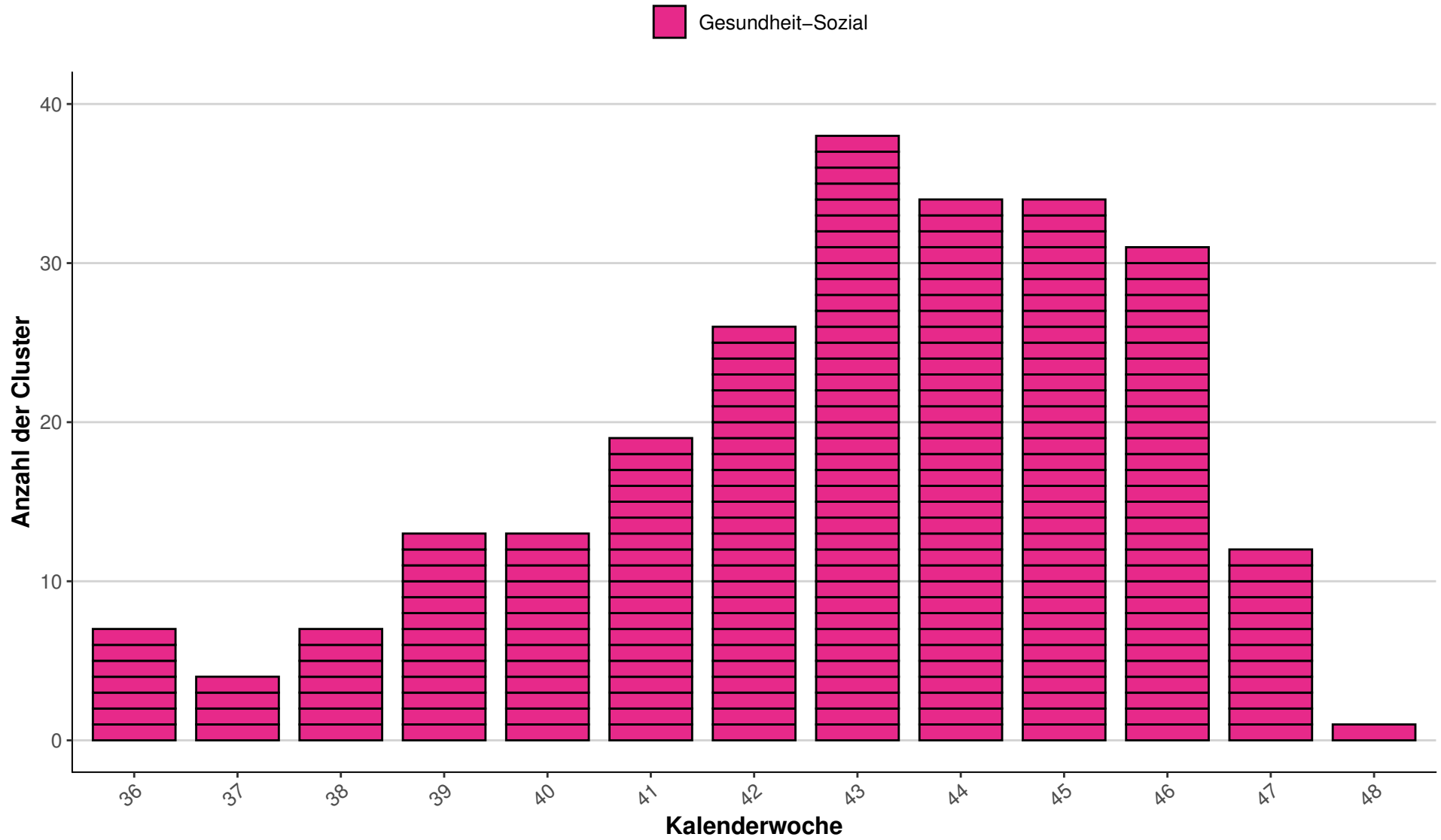
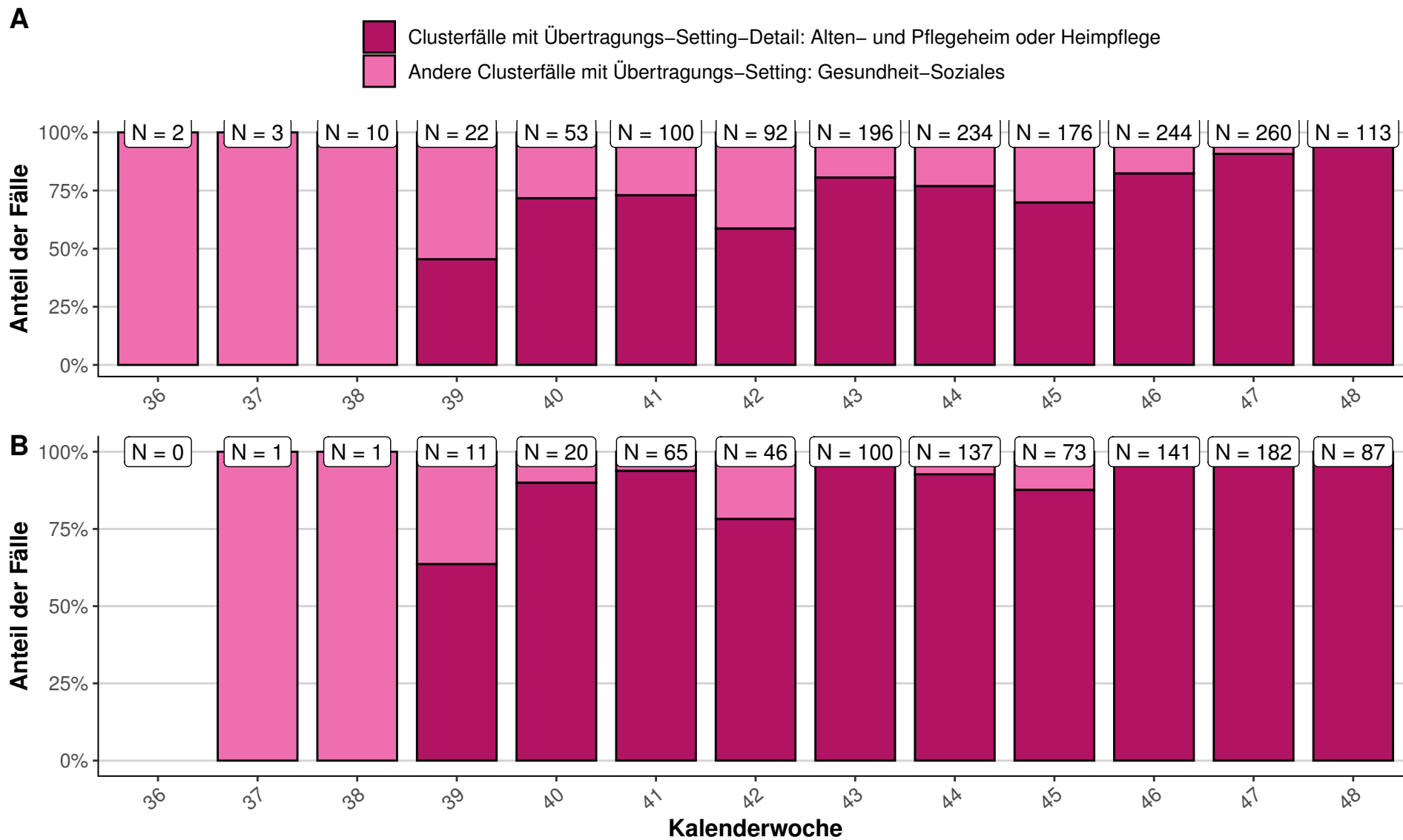


Abbildung 39: Niederösterreich, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.



42

03.12.2020

Abbildung 40: Niederösterreich, Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle) für die Zeitperiode KW 36 bis KW 48.

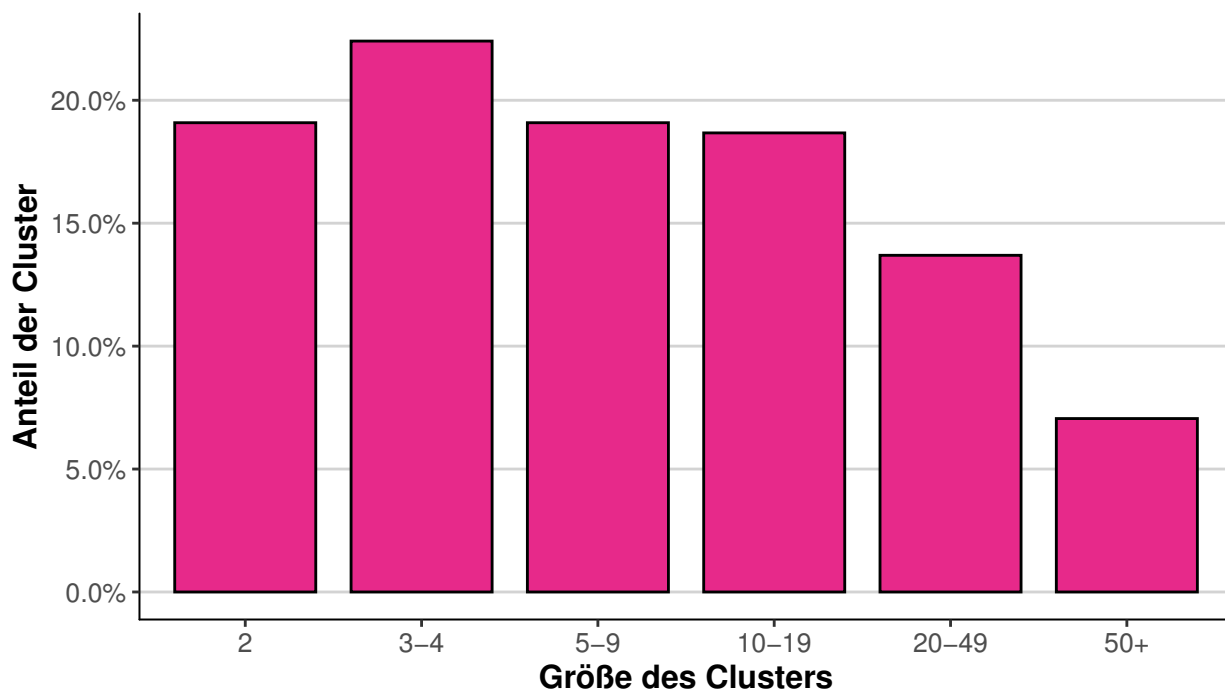
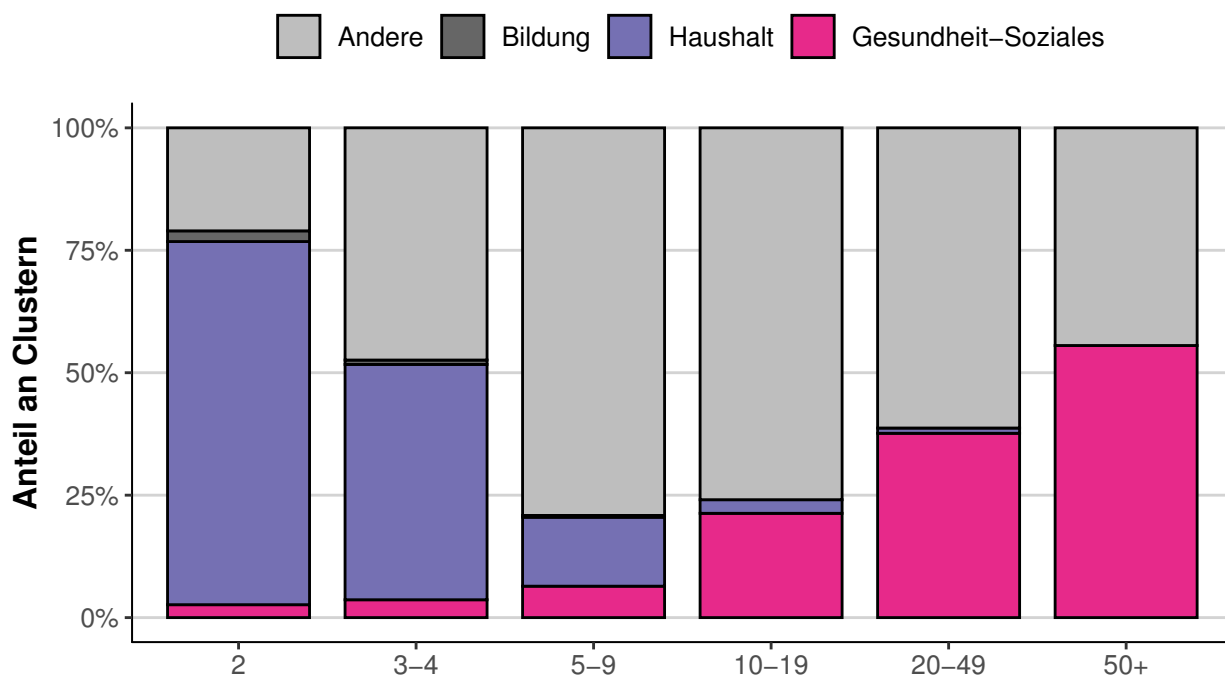


Abbildung 41: Niederösterreich, Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales zu reinen Haushalts- bzw. reinen Bildungsclustern nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36 bis KW 48.



Oberösterreich

Abbildung 42: Oberösterreich, Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

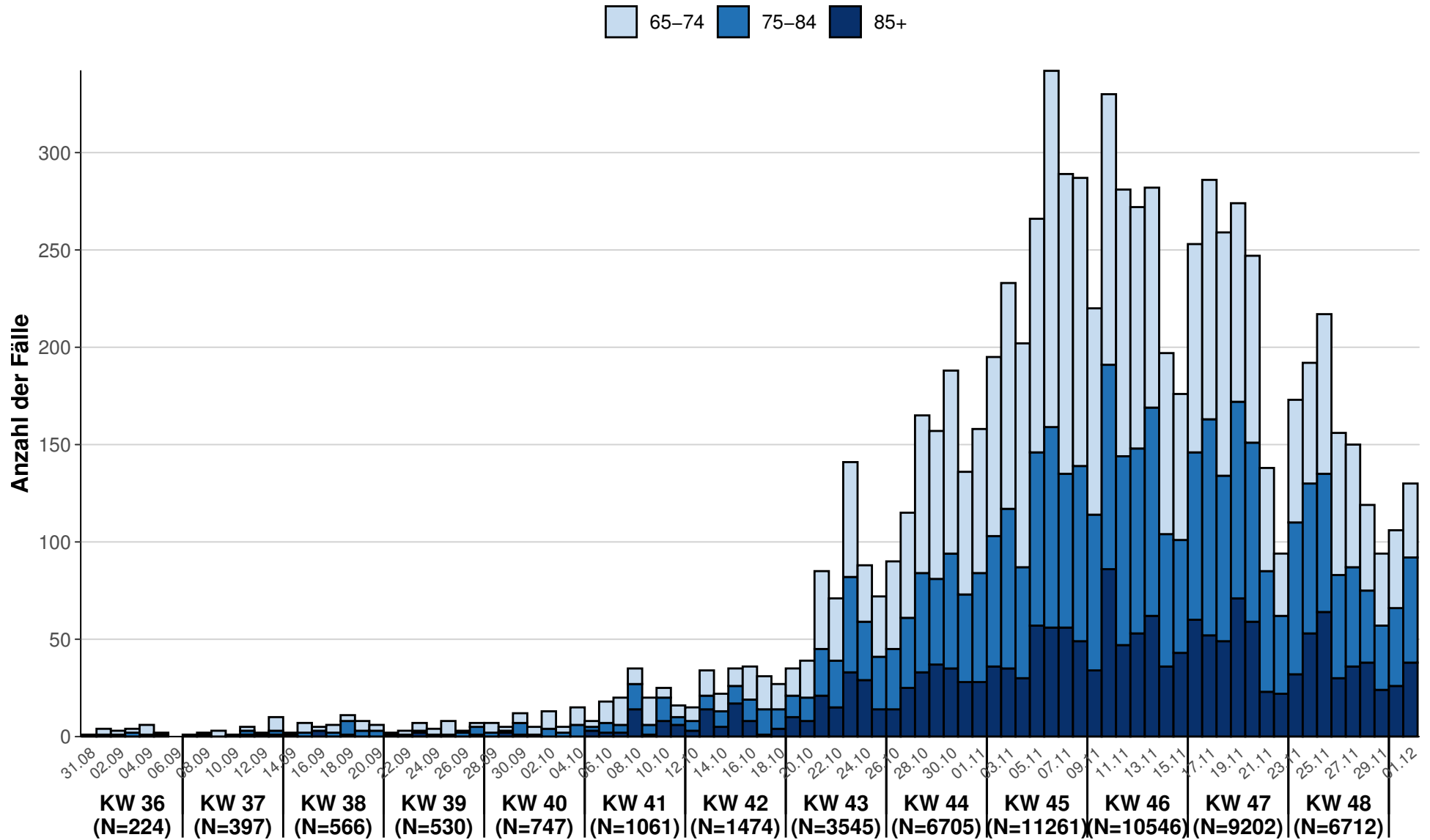
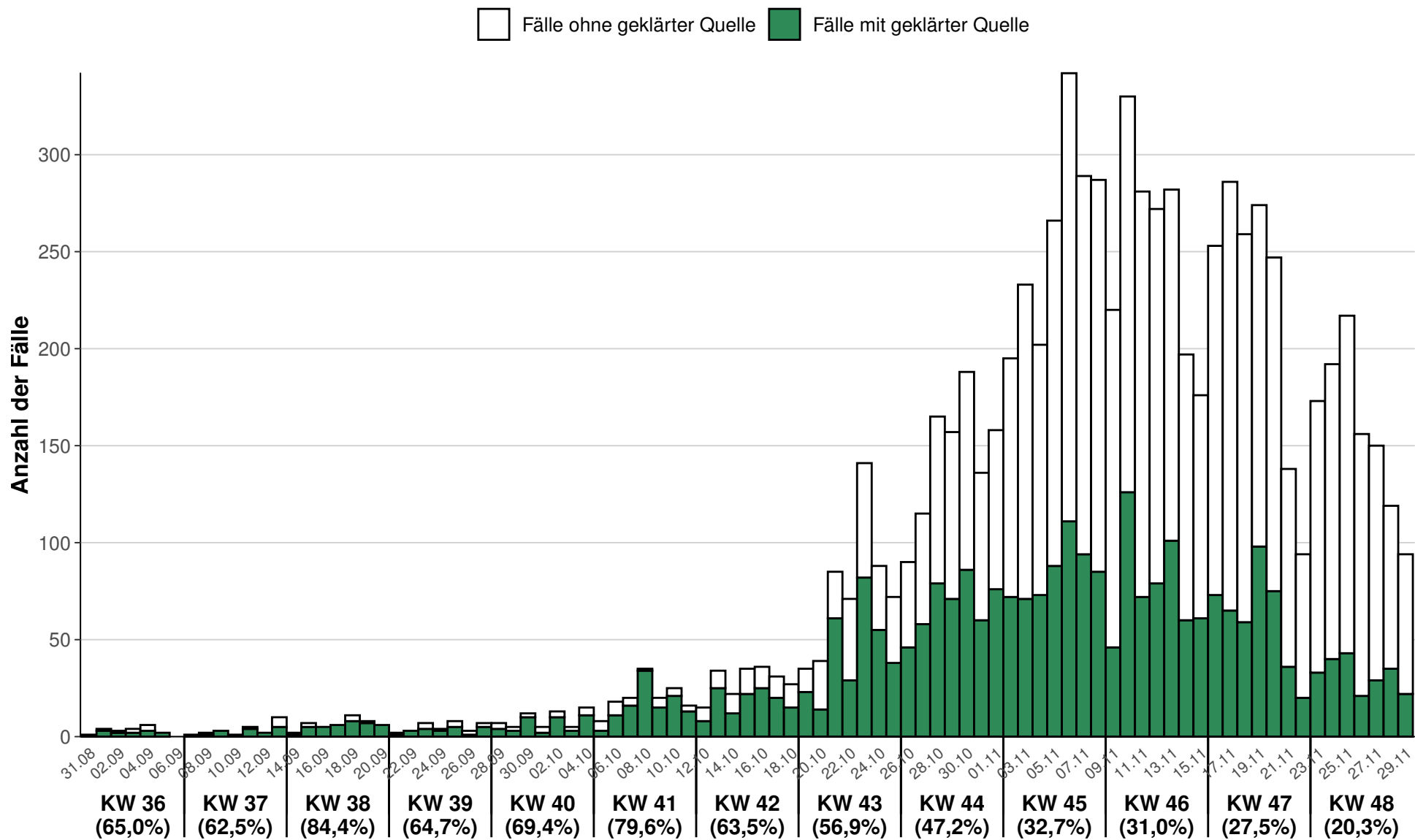


Tabelle 6: Oberösterreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche.

Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48
<25	33,48%	32,24%	36,75%	31,70%	30,66%	26,96%	25,58%	24,01%	22,28%	17,14%	15,39%	14,53%	15,08%
25-44	29,91%	36,27%	36,57%	33,58%	34,54%	31,20%	28,77%	29,59%	29,84%	31,98%	32,46%	32,75%	33,85%
45-64	27,68%	25,44%	18,73%	28,30%	26,51%	28,46%	32,09%	31,42%	32,83%	34,77%	35,48%	35,86%	34,67%
65+	8,93%	6,05%	7,95%	6,42%	8,30%	13,38%	13,57%	14,98%	15,05%	16,11%	16,67%	16,86%	16,40%

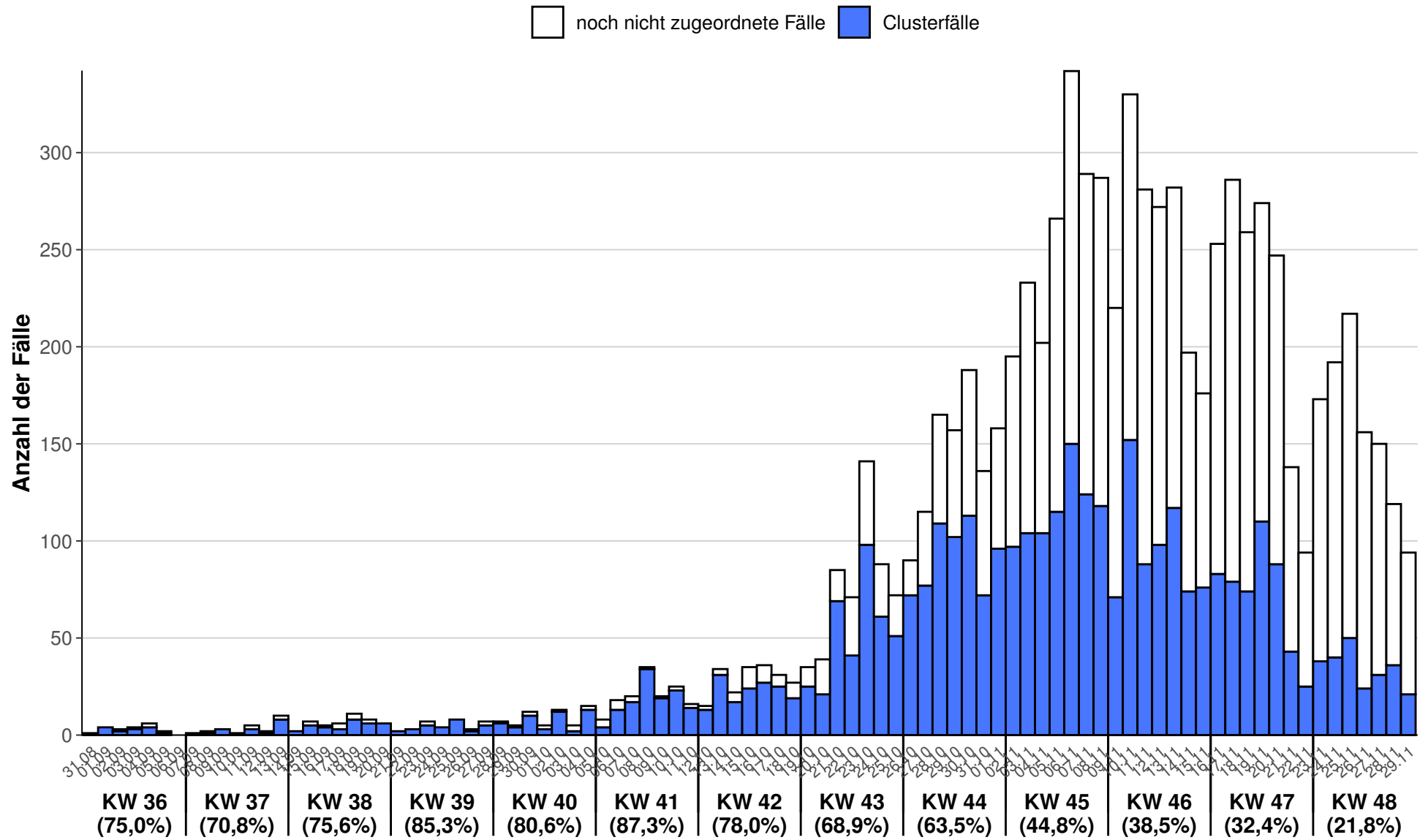
Geklärte Fälle

Abbildung 43: Oberösterreich, Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 44: Oberösterreich, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 45: Oberösterreich, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

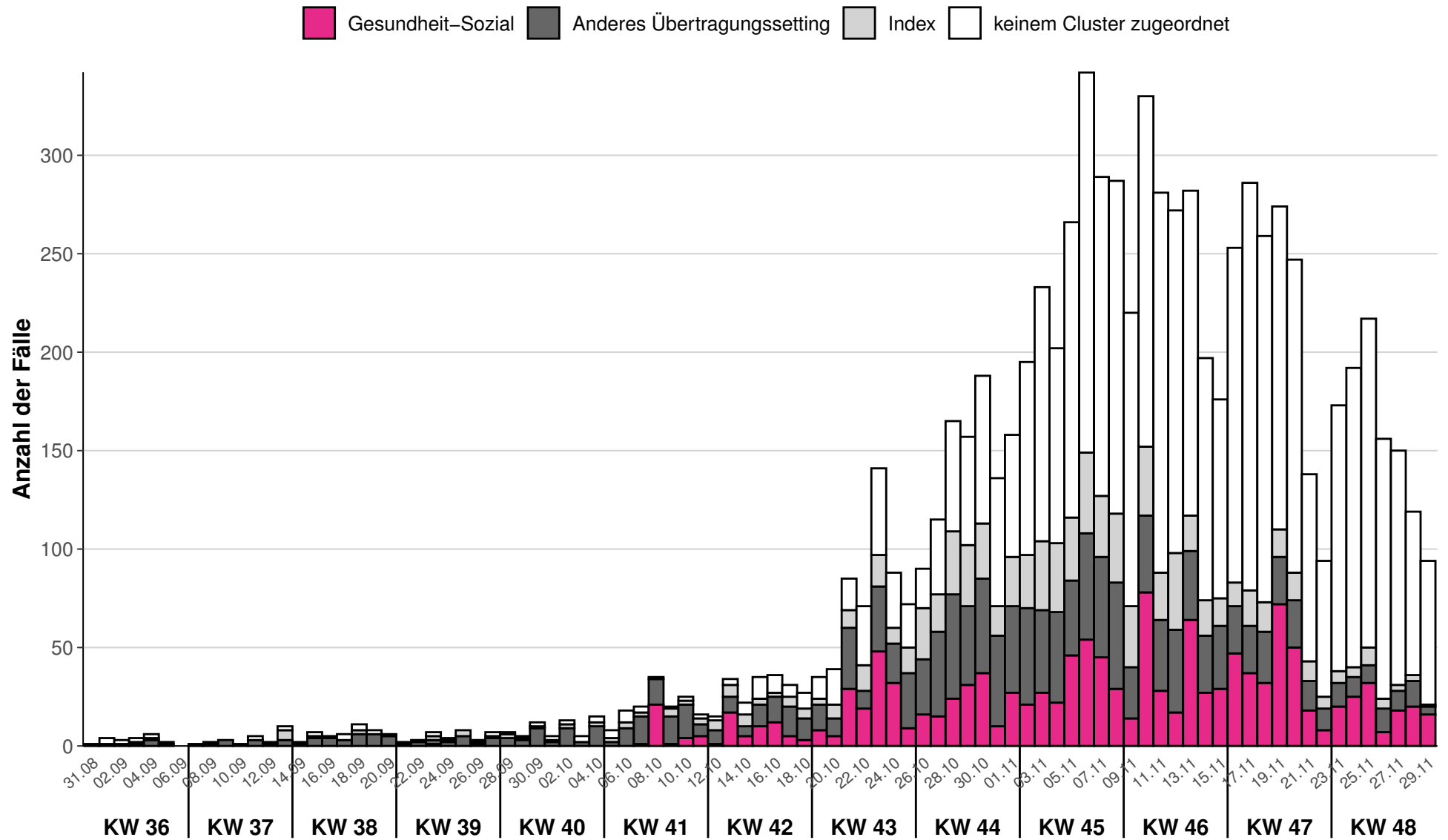


Abbildung 46: Oberösterreich, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

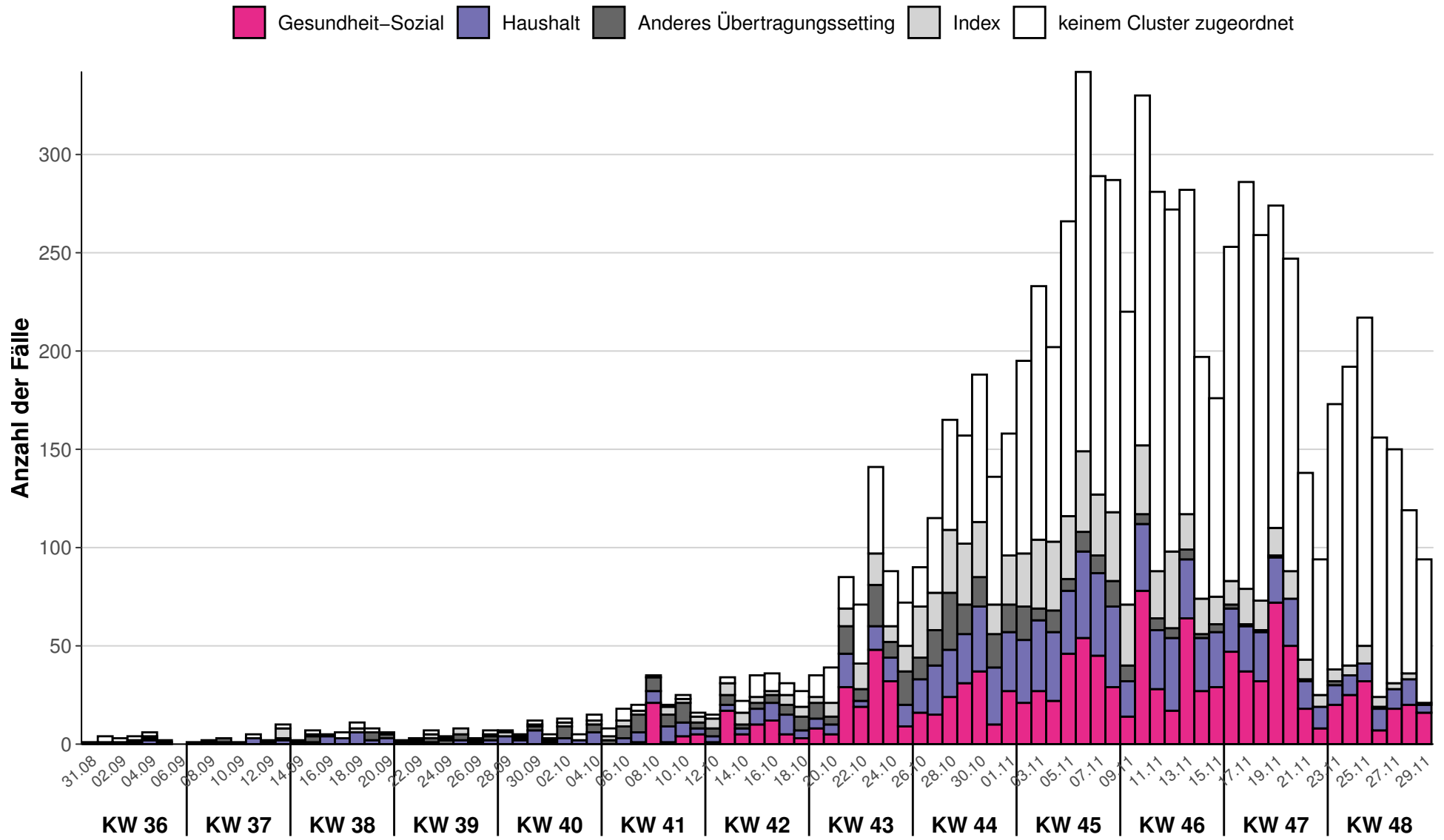


Abbildung 47: Oberösterreich, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

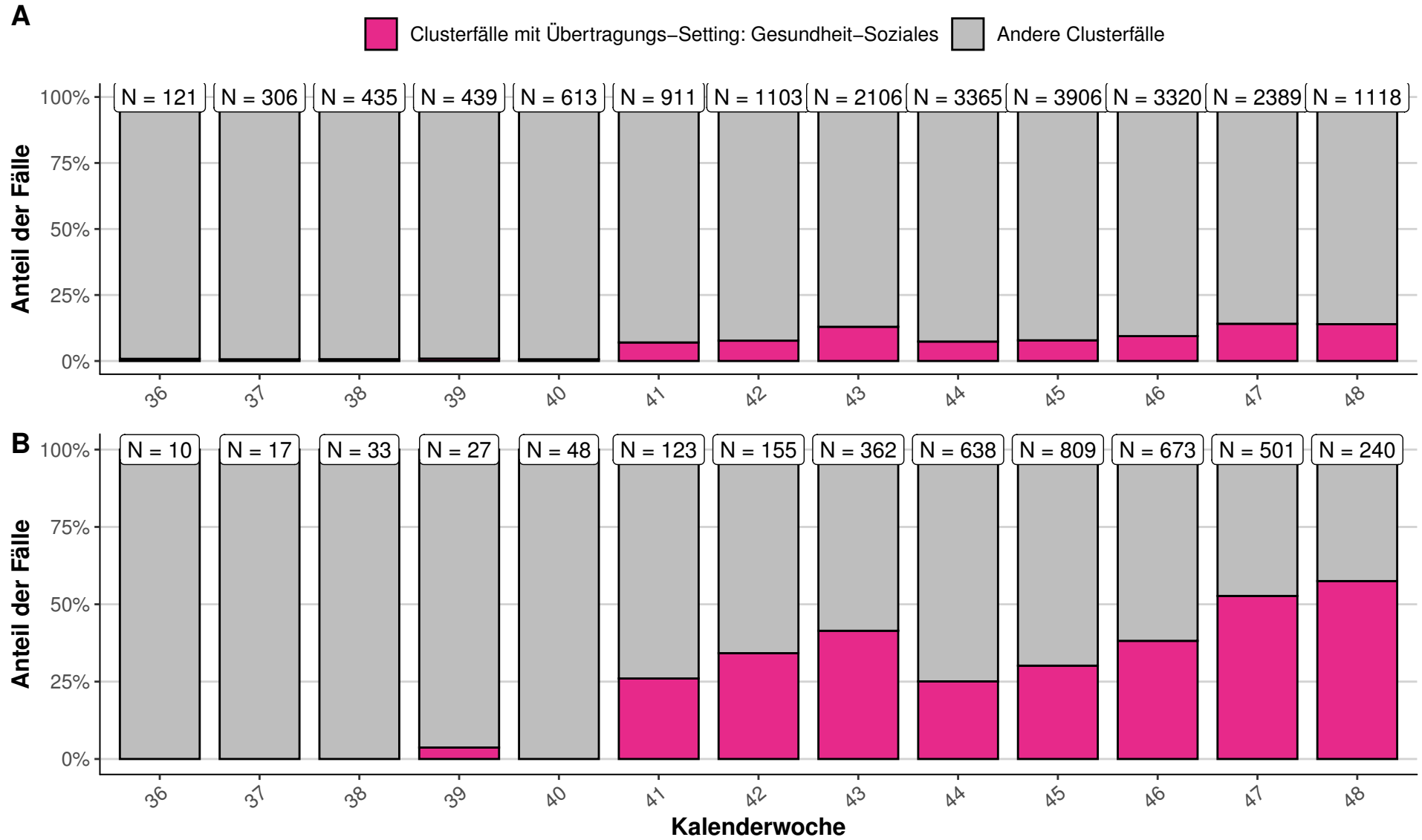


Abbildung 48: Oberösterreich, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen.

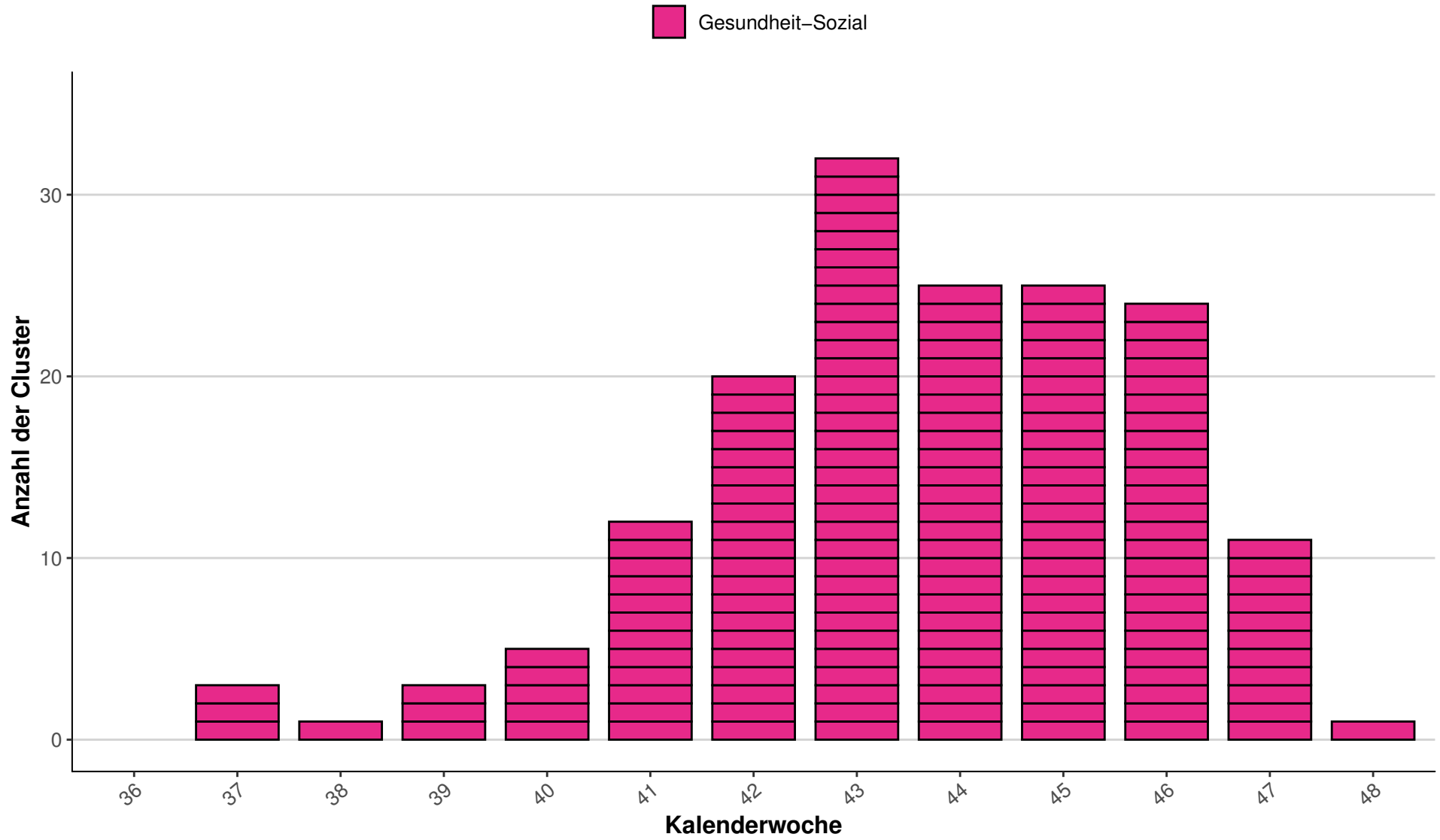


Abbildung 49: Oberösterreich, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

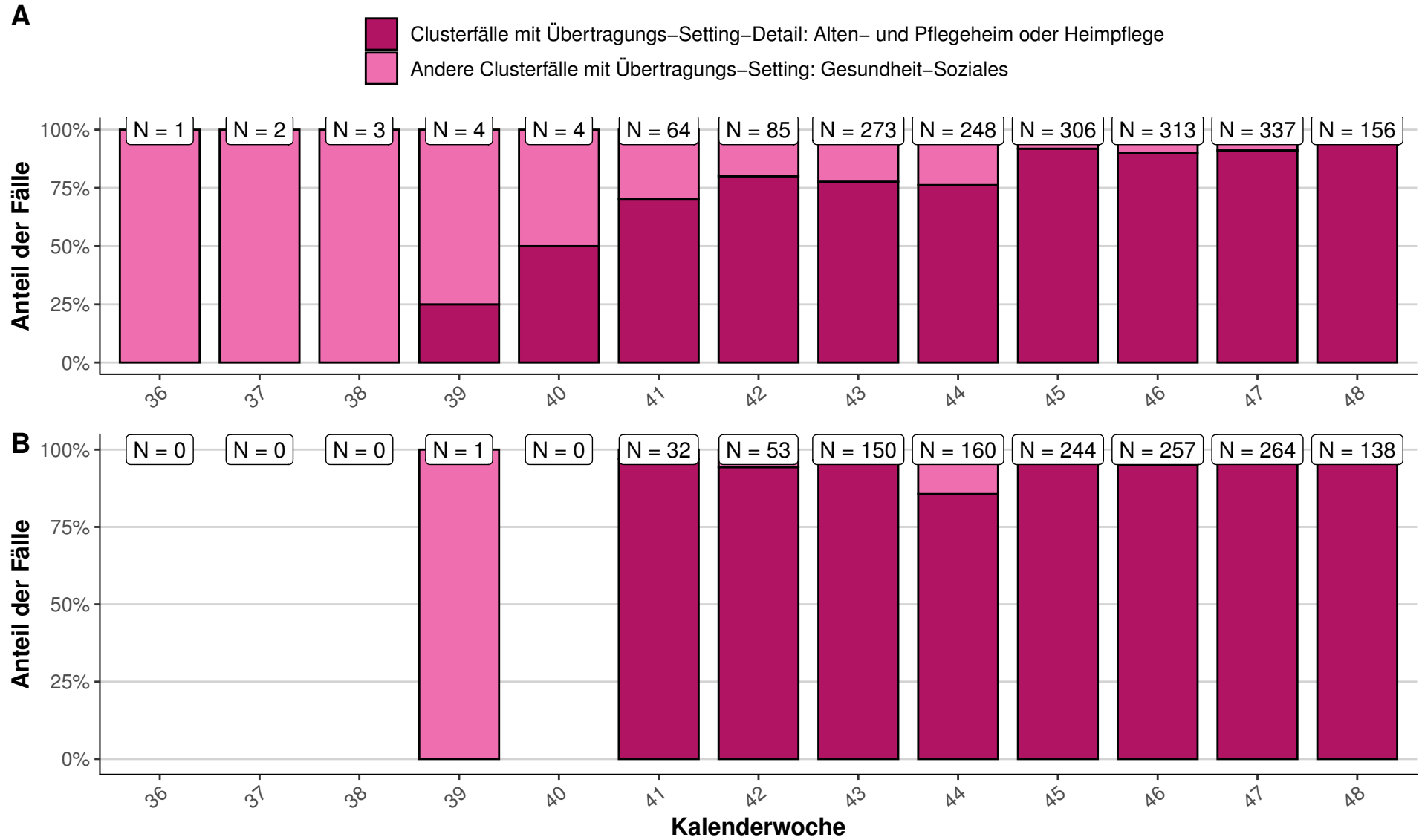


Abbildung 50: Oberösterreich, Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle) für die Zeitperiode KW 36 bis KW 48.

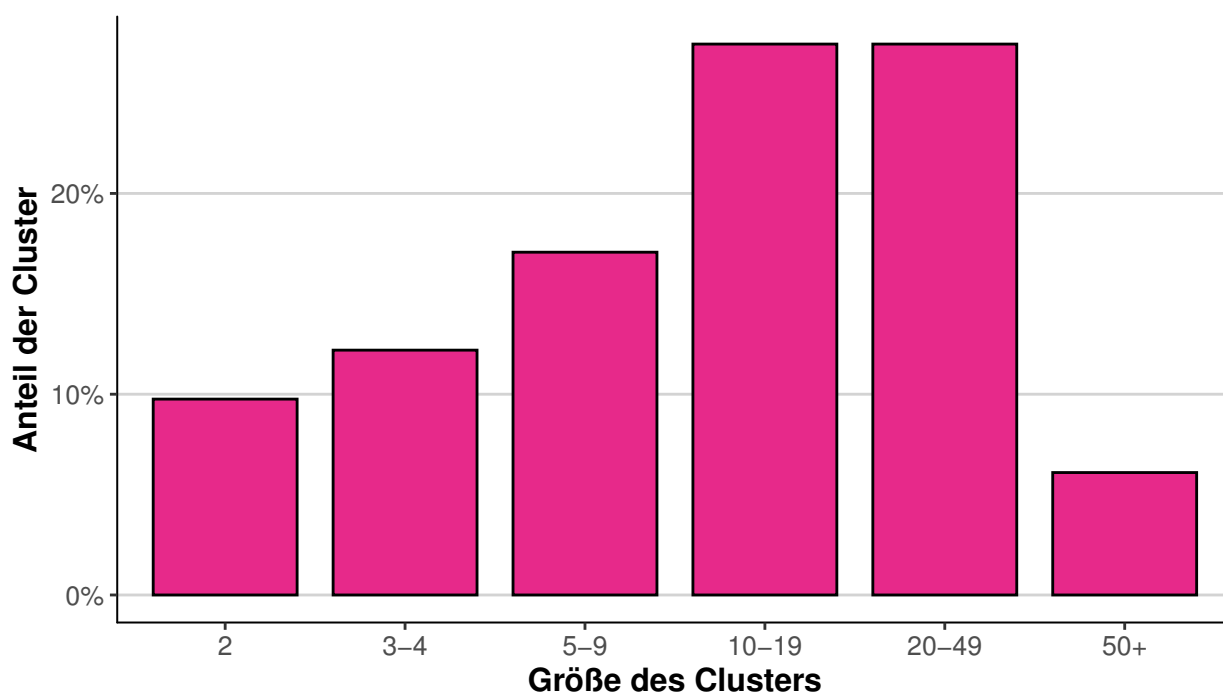


Abbildung 51: Oberösterreich Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales zu reinen Haushalts- bzw. reinen Bildungsclustern nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36 bis KW 48.



Salzburg

Abbildung 52: Salzburg, Fälle der ≥ 65 -Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

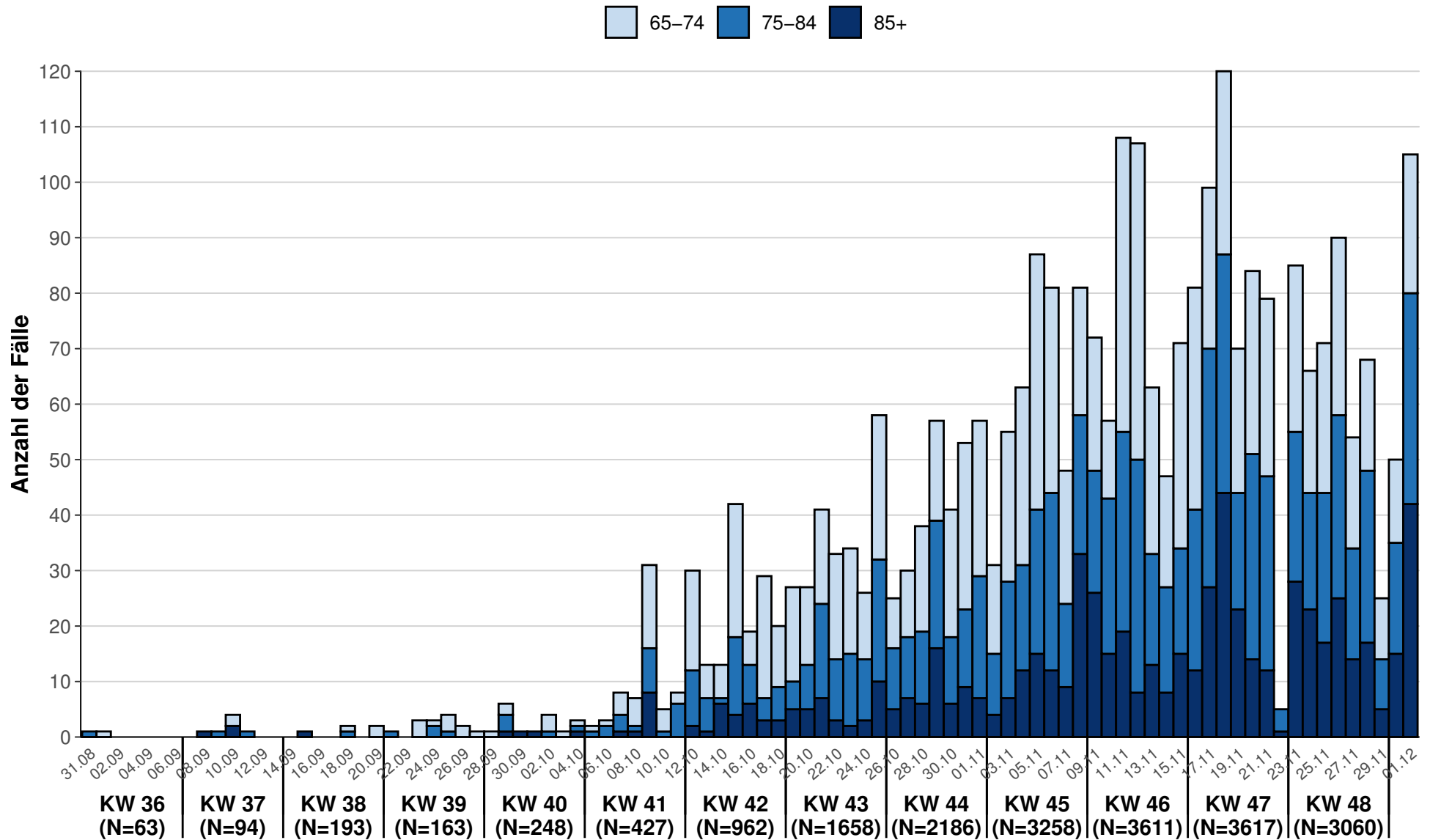
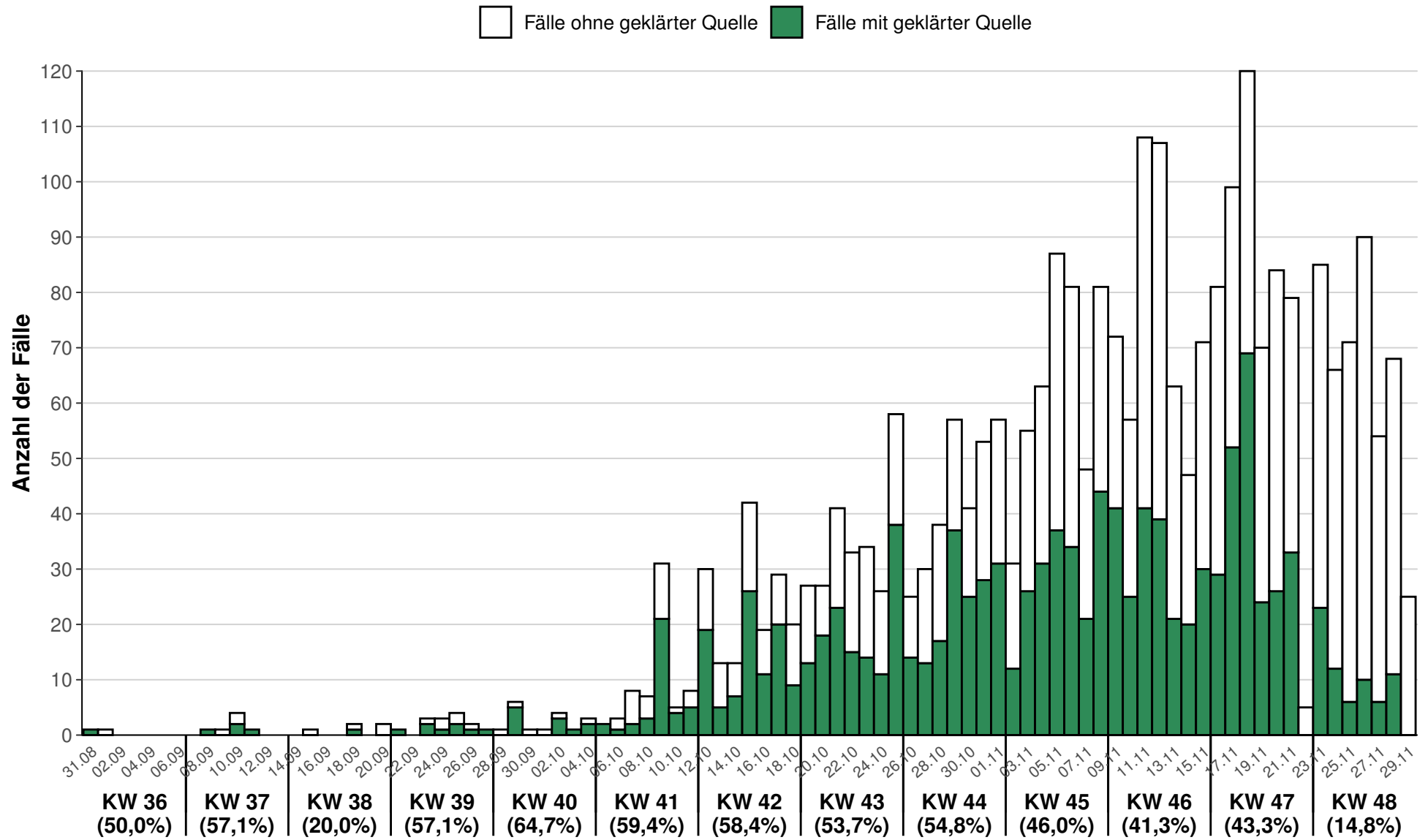


Tabelle 7: Salzburg, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche.

Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48
<25	44,44%	28,72%	39,90%	30,67%	31,05%	27,87%	22,14%	23,10%	24,29%	20,44%	22,76%	24,19%	23,04%
25-44	34,92%	36,17%	33,68%	25,77%	33,06%	28,10%	28,38%	31,60%	29,51%	31,49%	30,24%	29,33%	31,05%
45-64	17,46%	27,66%	23,83%	34,97%	29,03%	29,04%	32,22%	30,46%	32,43%	34,38%	32,46%	31,60%	30,92%
65+	3,17%	7,45%	2,59%	8,59%	6,85%	14,99%	17,26%	14,84%	13,77%	13,69%	14,54%	14,87%	15,00%

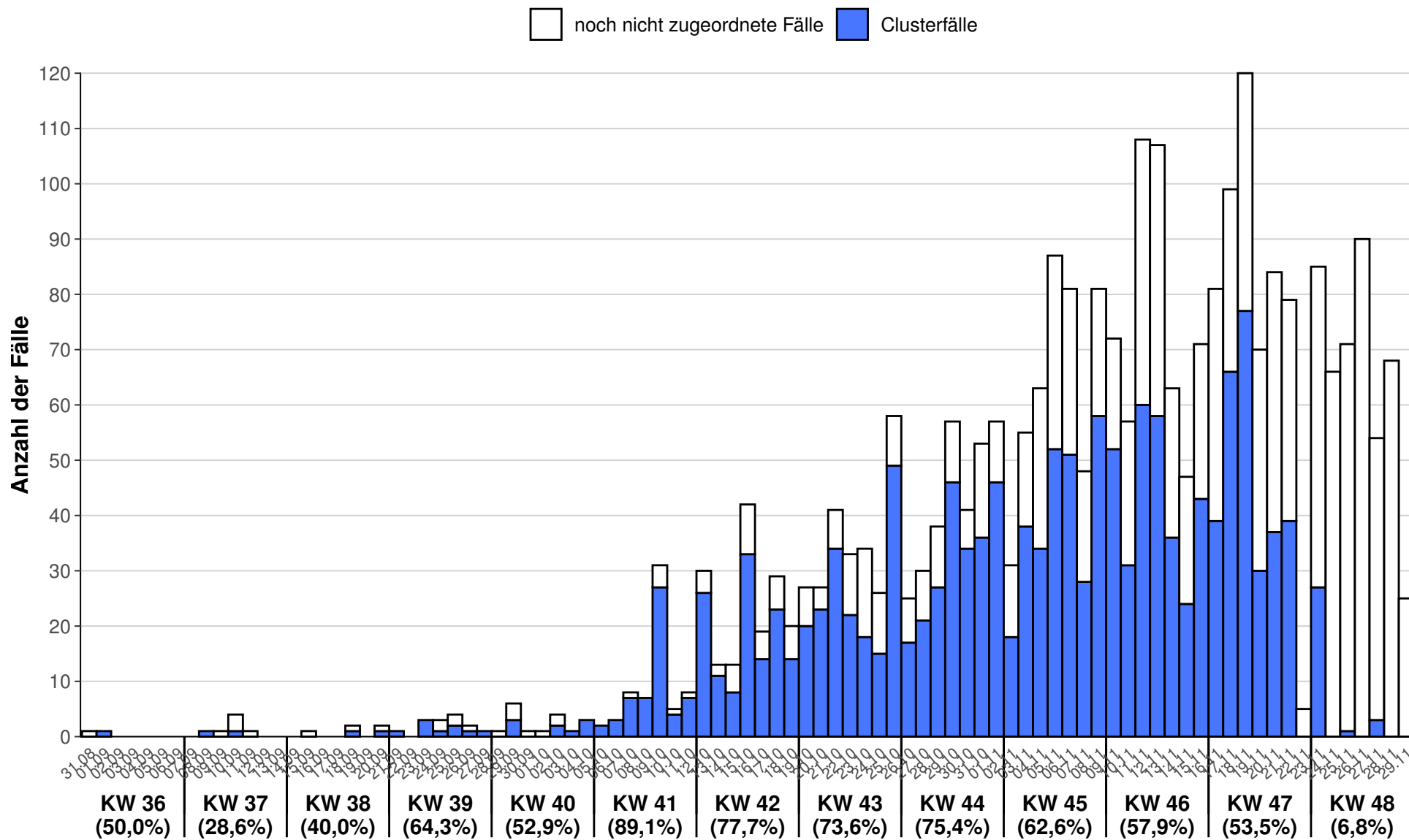
Geklärte Fälle

Abbildung 53: Salzburg, Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 54: Salzburg, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 55: Salzburg, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

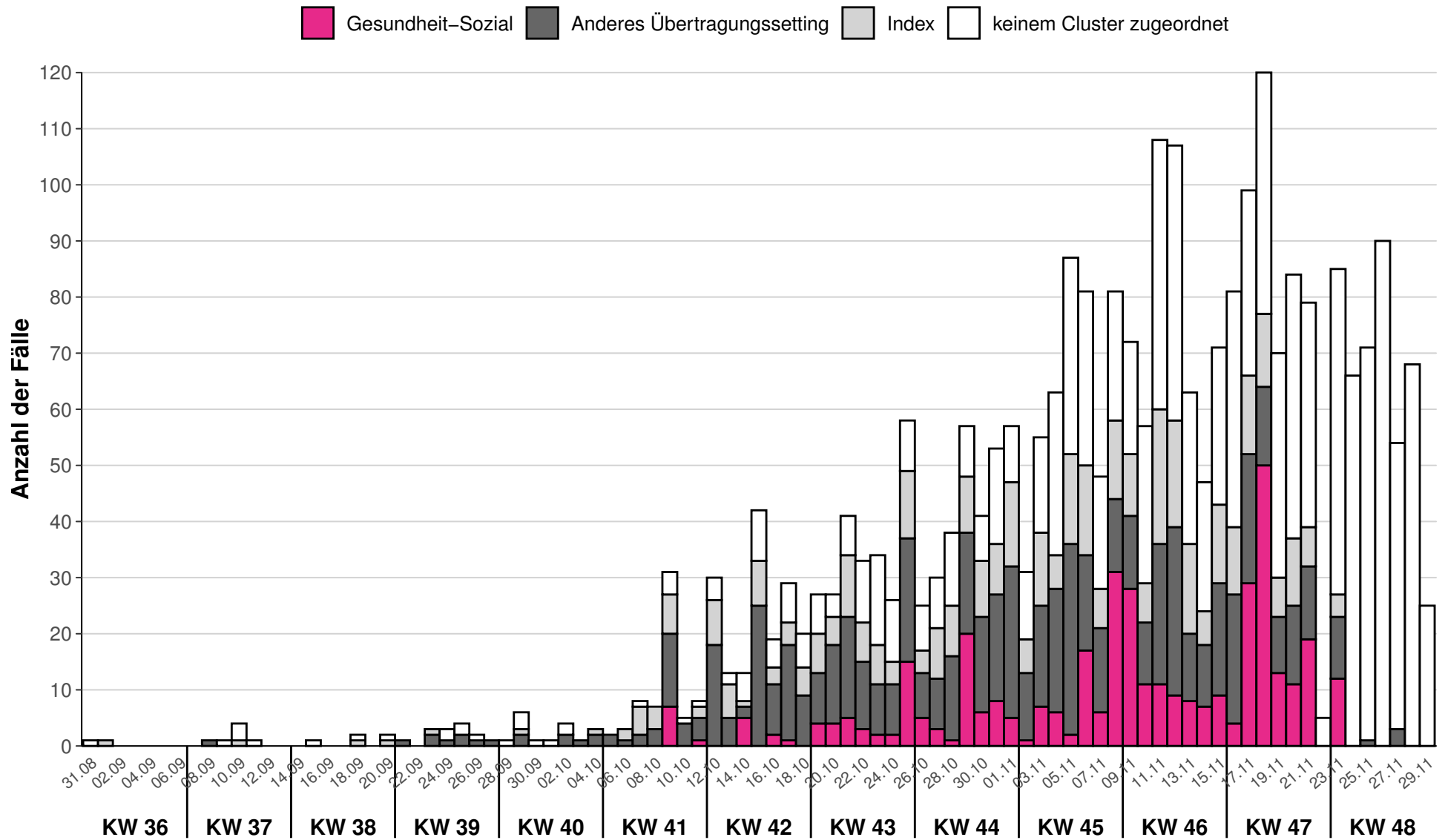


Abbildung 56: Salzburg, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

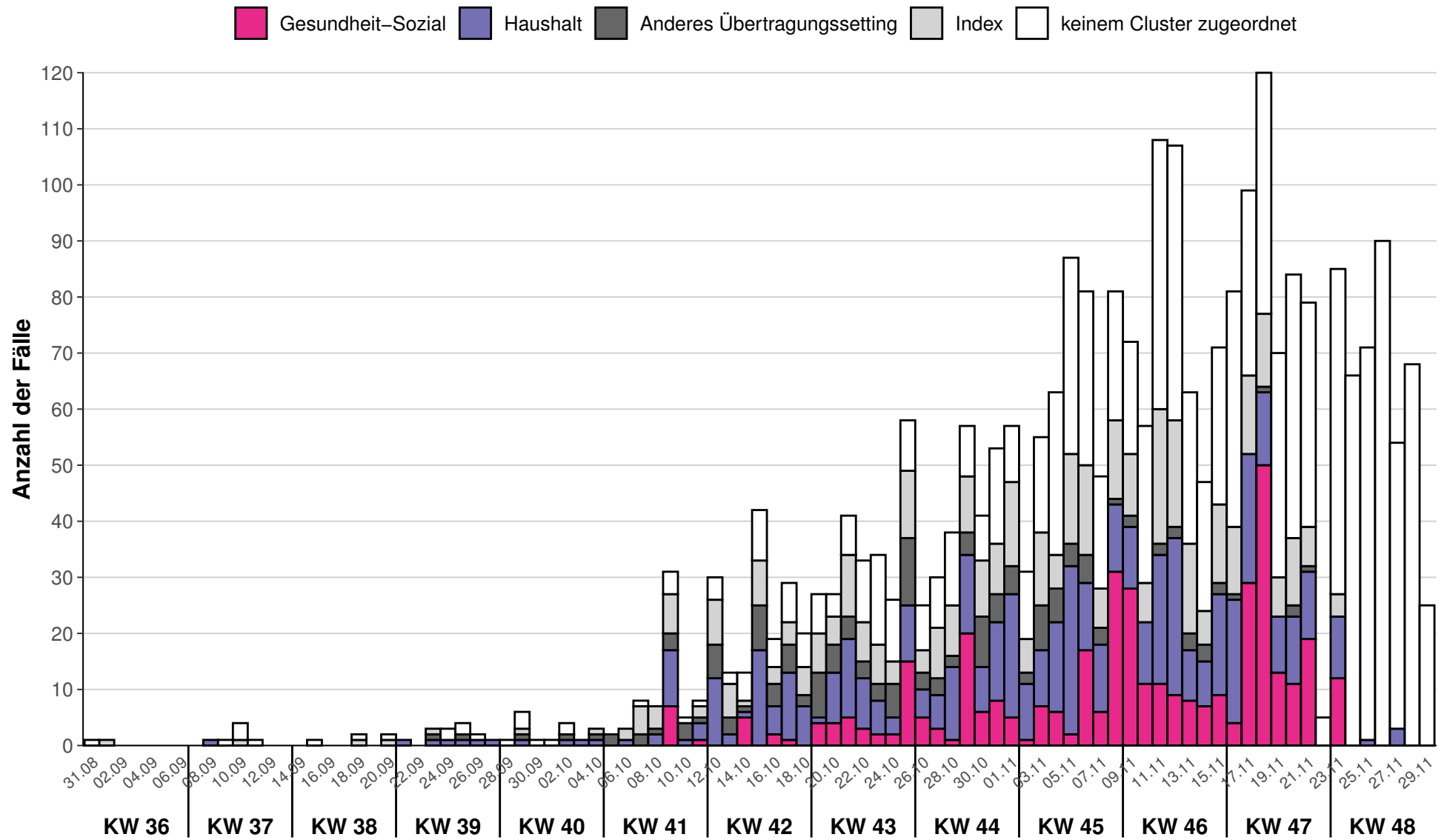
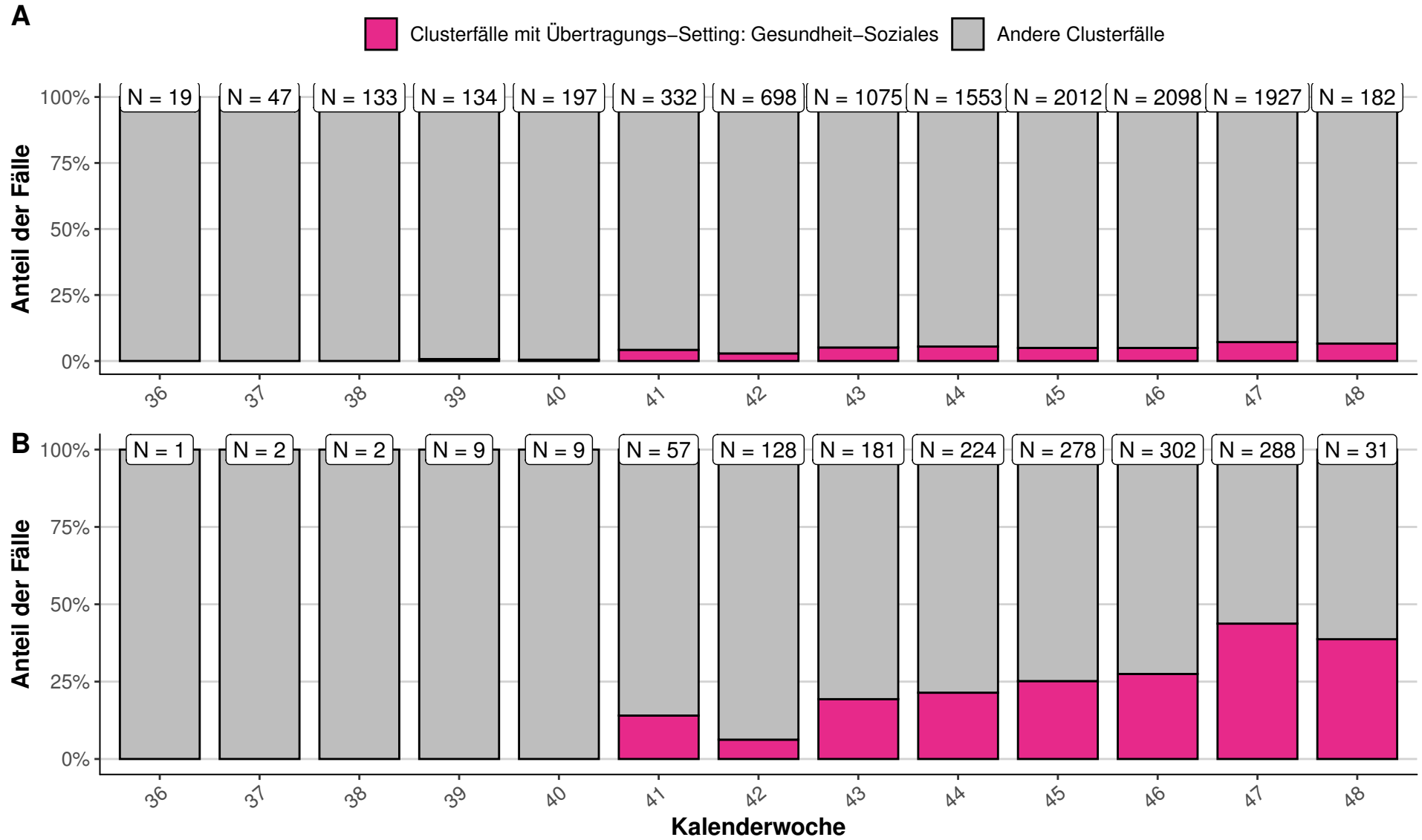


Abbildung 57: Salzburg, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales.
A: Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.



60

Abbildung 58: Salzburg, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen.

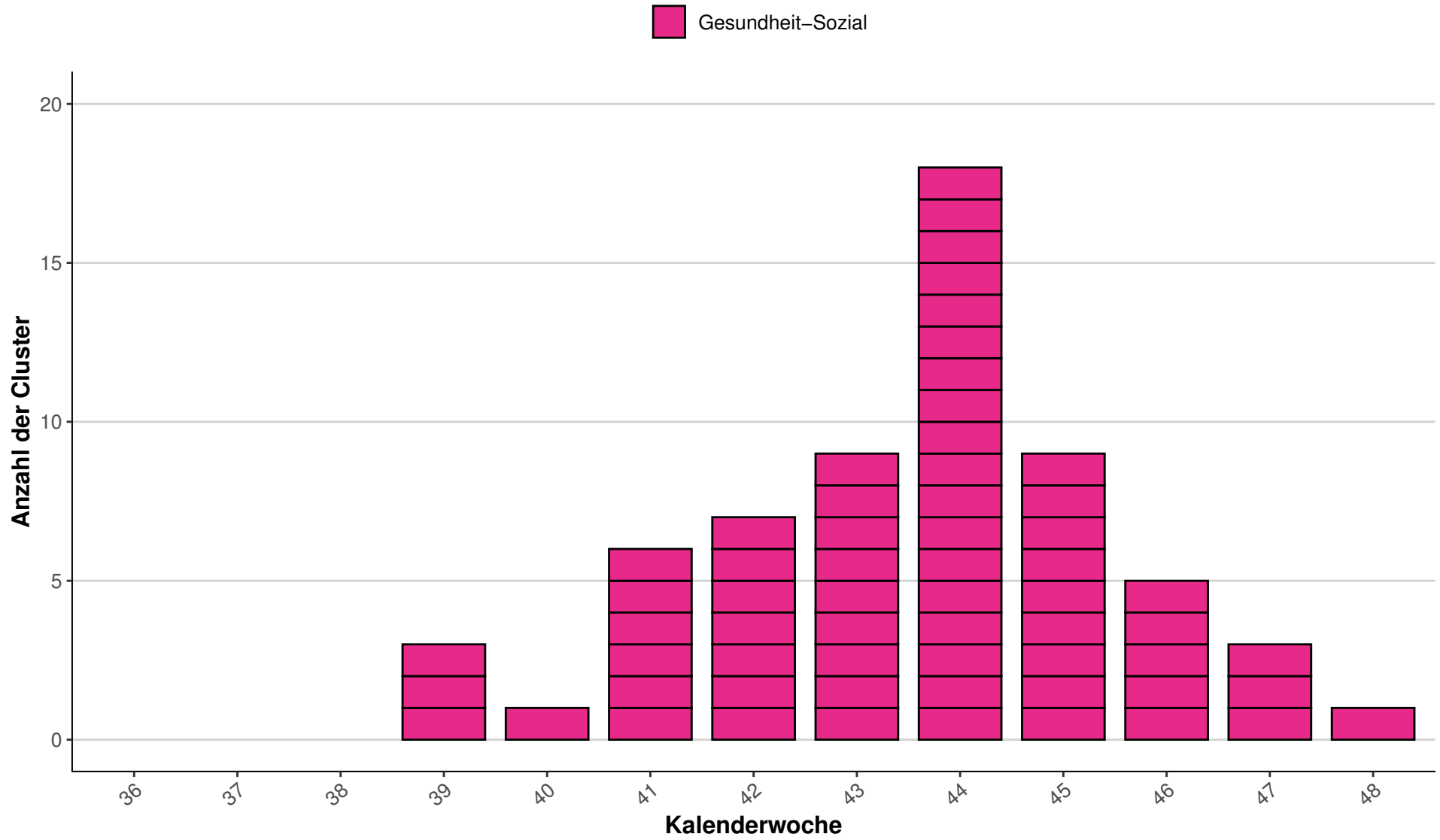


Abbildung 59: Salzburg, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

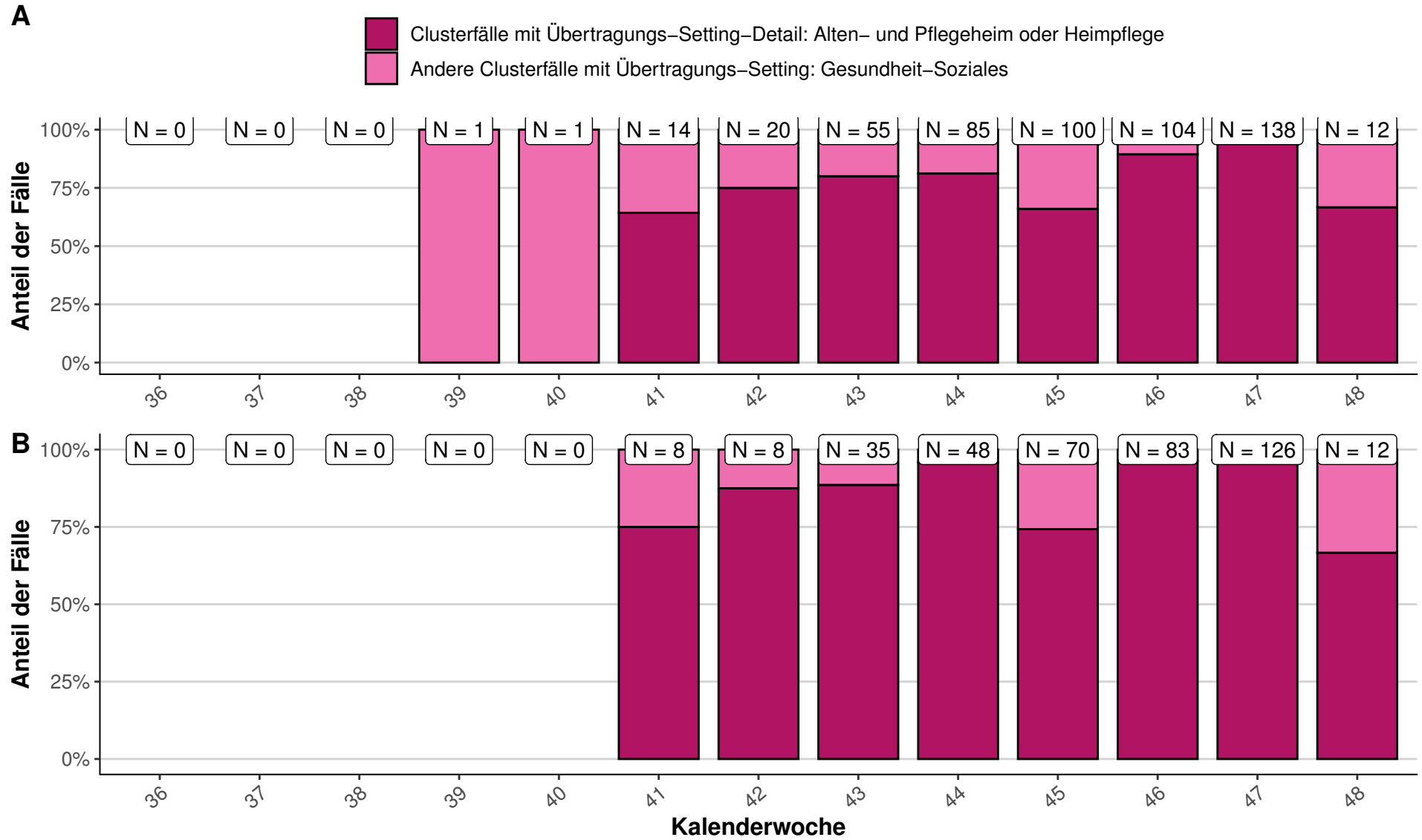
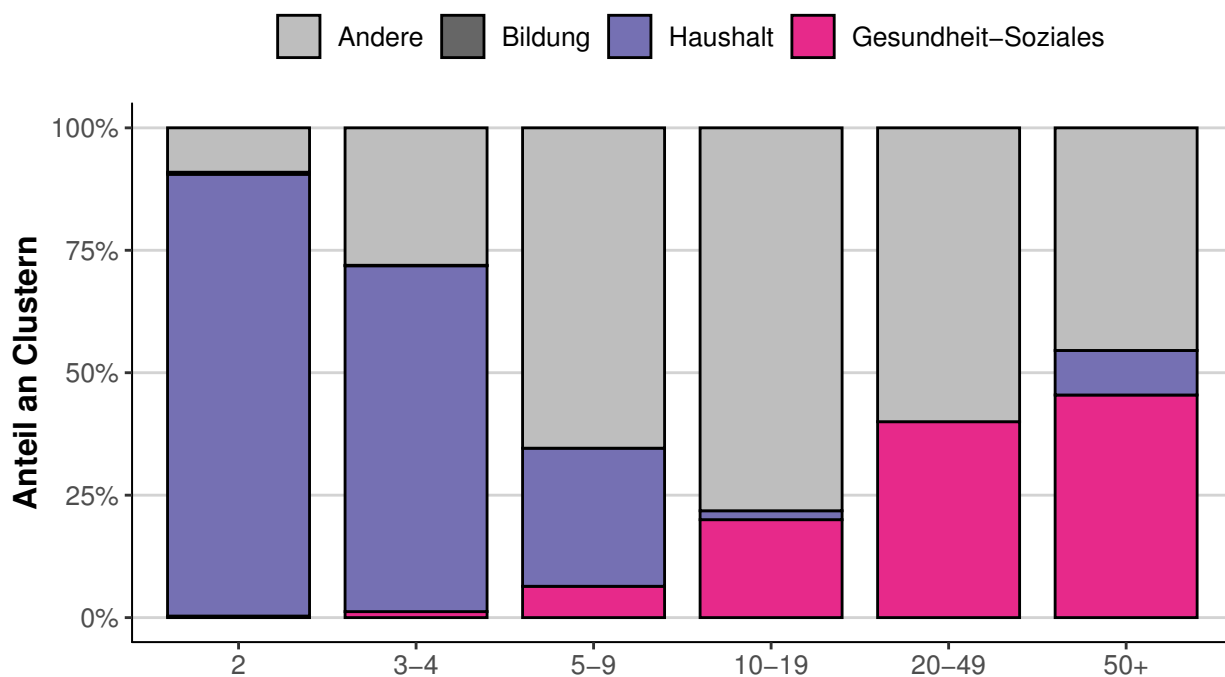


Abbildung 60: Salzburg, Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle) für die Zeitperiode KW 36 bis KW 48.



Abbildung 61: Salzburg Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales zu reinen Haushalts- bzw. reinen Bildungsclustern nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36 bis KW 48.



Steiermark

Abbildung 62: Steiermark, Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

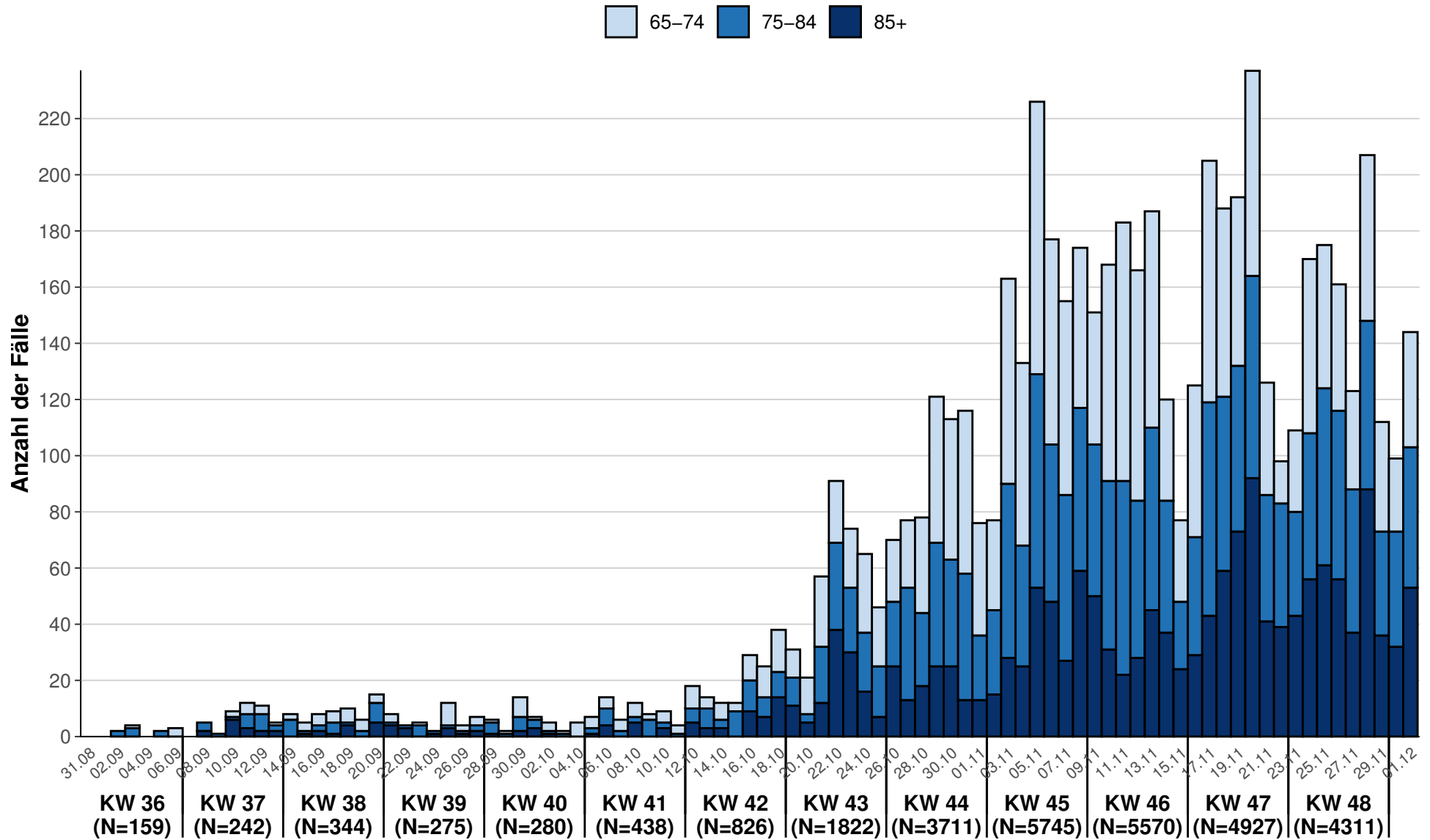
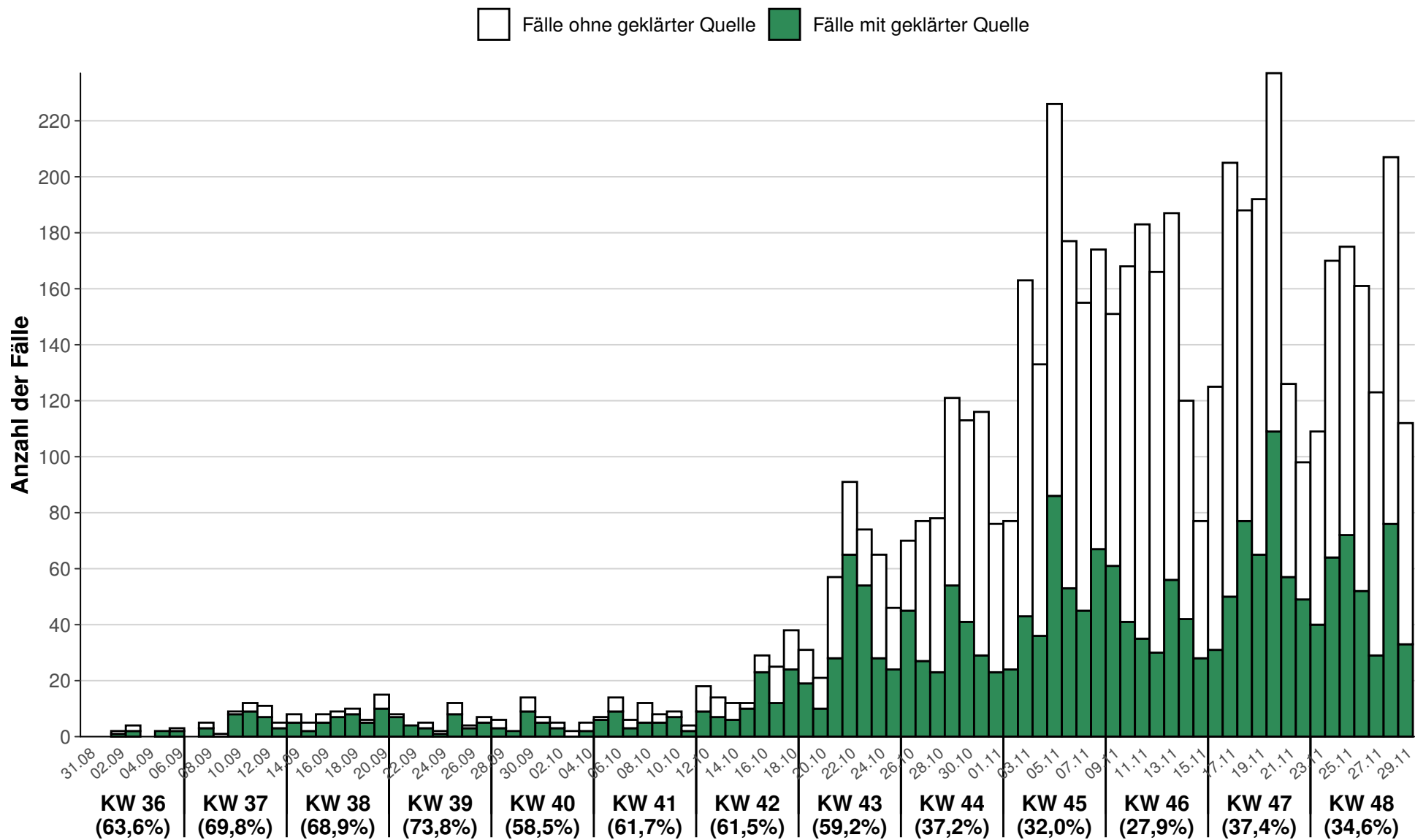


Tabelle 8: Steiermark, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche.

Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48
<25	42,77%	21,07%	26,45%	28,73%	29,29%	26,26%	21,19%	18,17%	17,27%	15,60%	14,94%	13,33%	13,69%
25-44	27,67%	33,88%	28,49%	28,73%	25,71%	26,03%	31,36%	32,38%	31,12%	29,61%	31,67%	29,33%	29,90%
45-64	22,64%	27,27%	27,33%	27,27%	30,36%	34,02%	29,54%	28,32%	34,06%	35,56%	34,51%	33,57%	31,90%
65+	6,92%	17,77%	17,73%	15,27%	14,64%	13,70%	17,92%	21,13%	17,54%	19,23%	18,89%	23,77%	24,52%

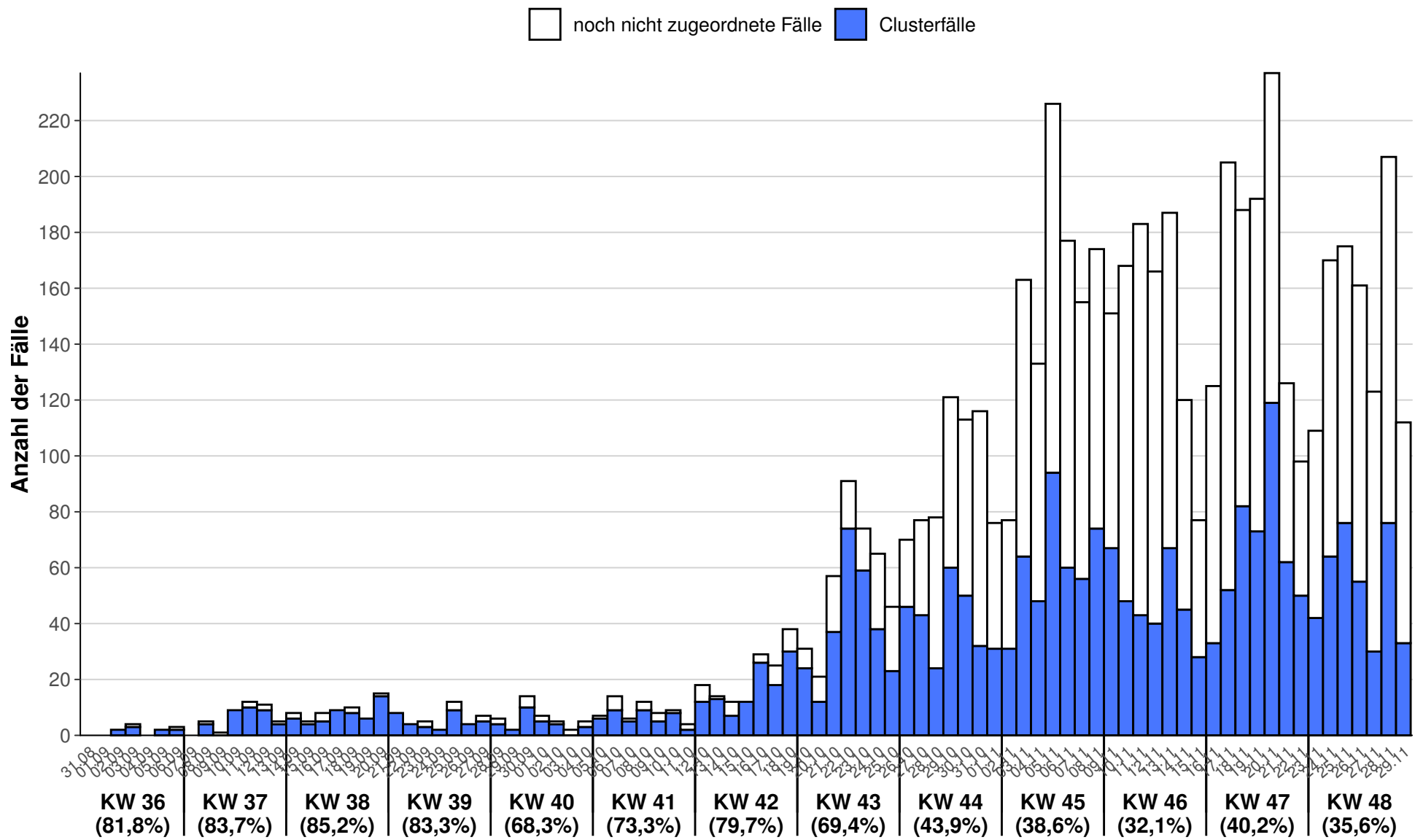
Geklärte Fälle

Abbildung 63: Steiermark, Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 64: Steiermark, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 65: Steiermark, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

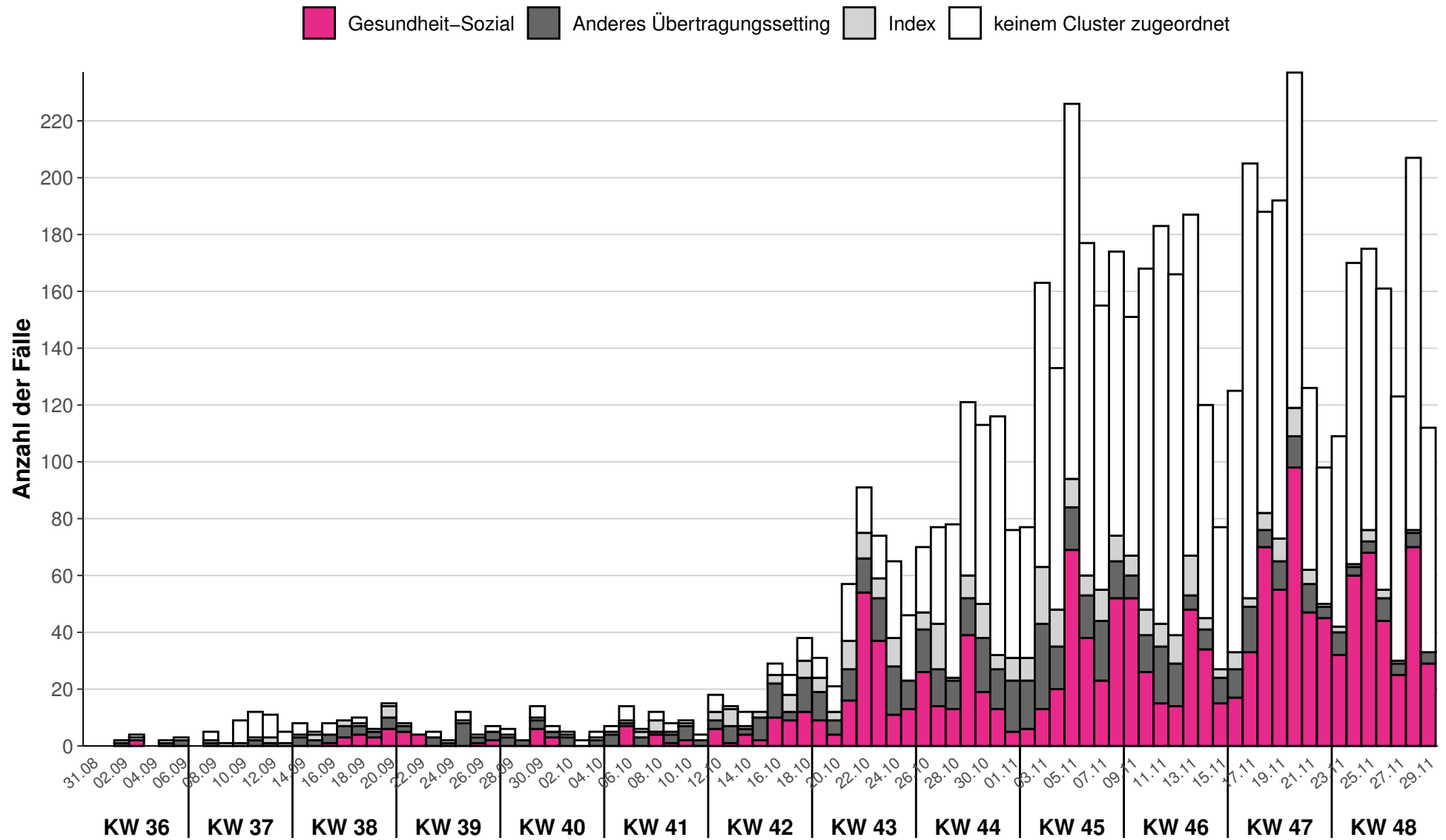


Abbildung 66: Steiermark, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

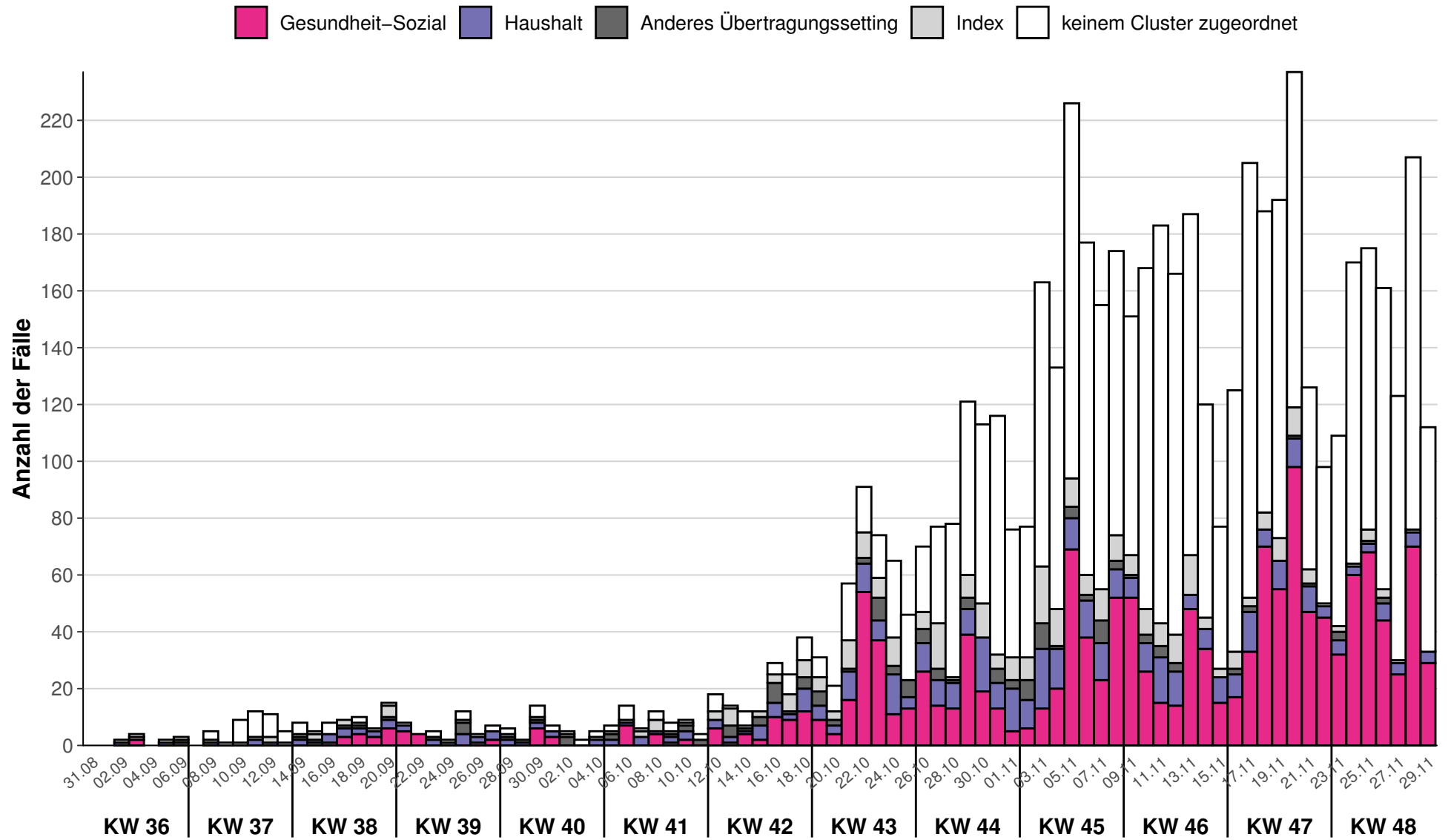


Abbildung 67: Steiermark, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales.
A: Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

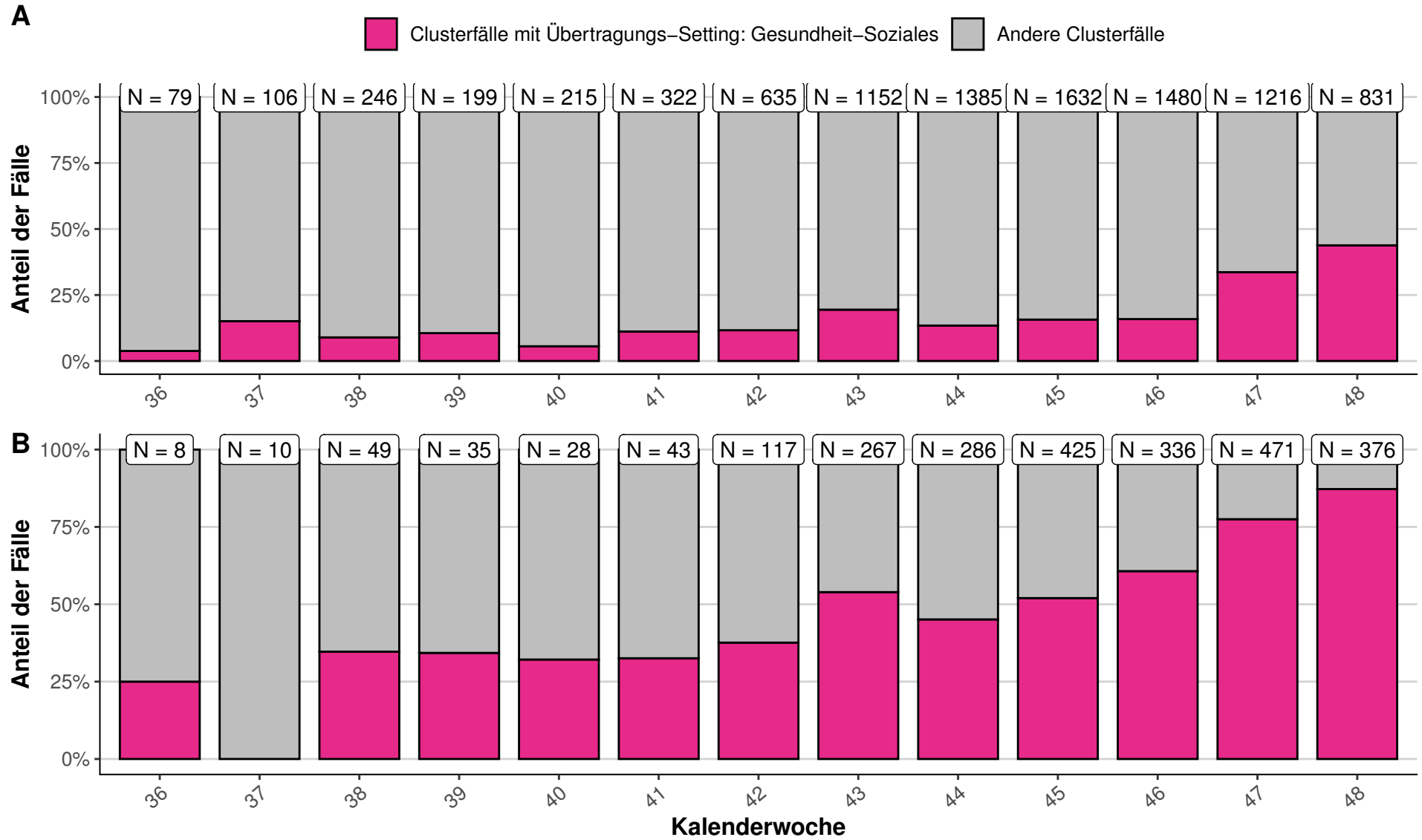


Abbildung 68: Steiermark, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen.

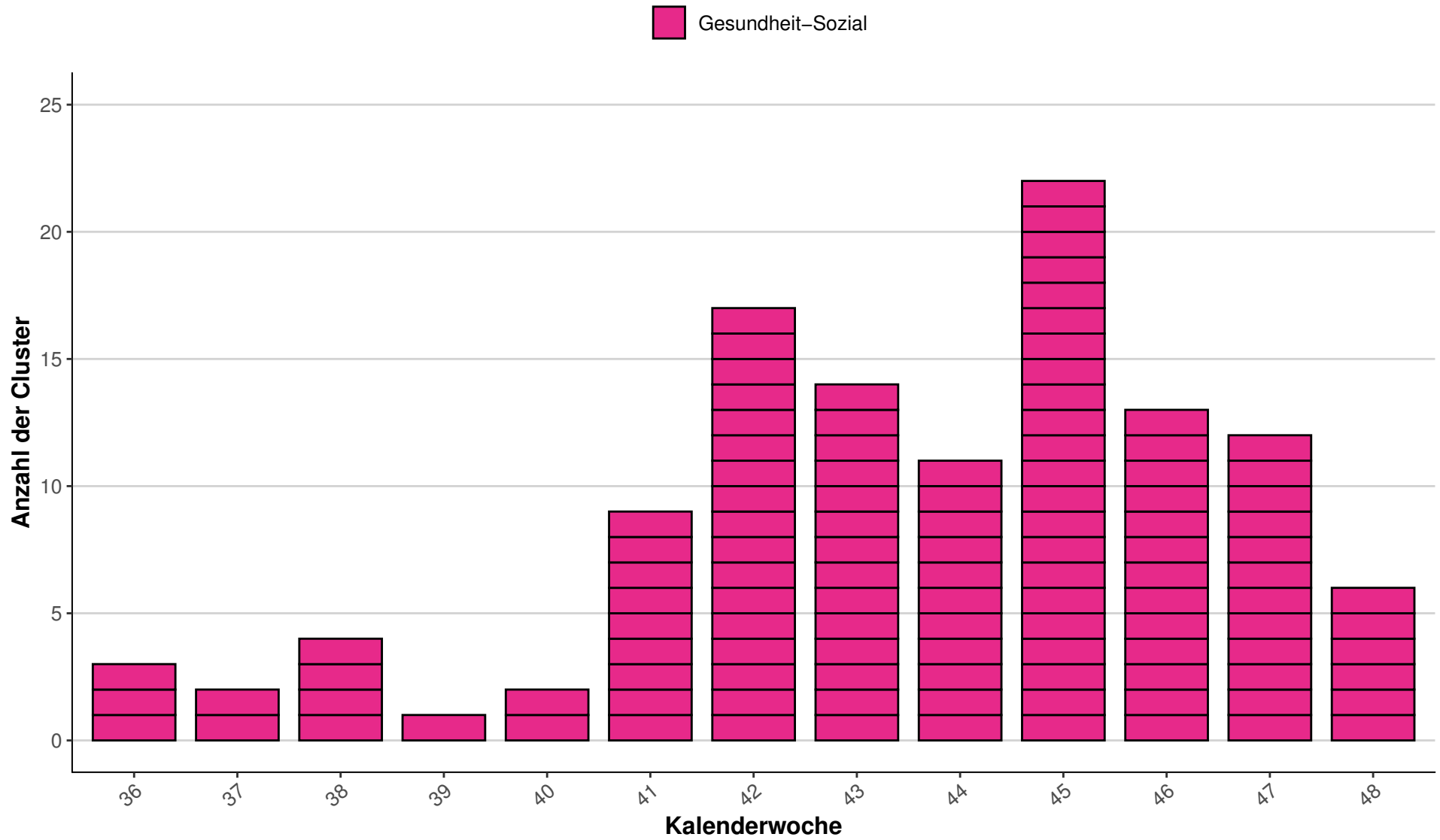


Abbildung 69: Steiermark, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.



Abbildung 70: Steiermark, Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle) für die Zeitperiode KW 36 bis KW 48.

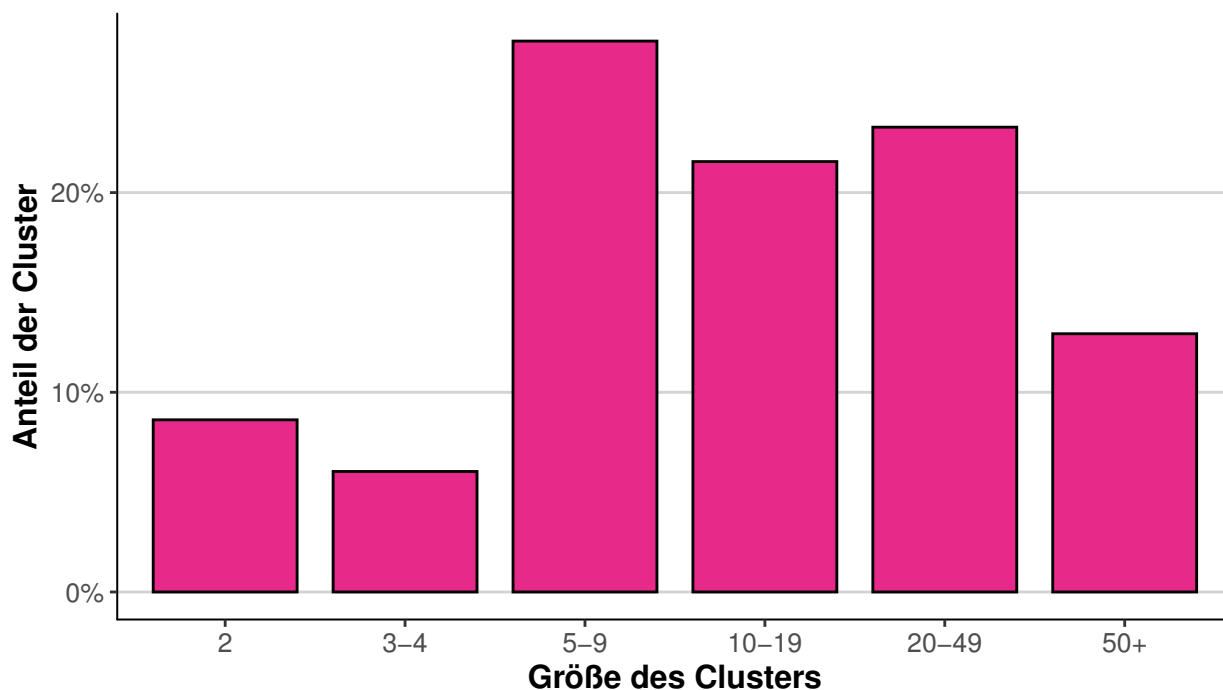


Abbildung 71: Steiermark Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales zu reinen Haushalts- bzw. reinen Bildungsclustern nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36 bis KW 48.



Tirol

Abbildung 72: Tirol, Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

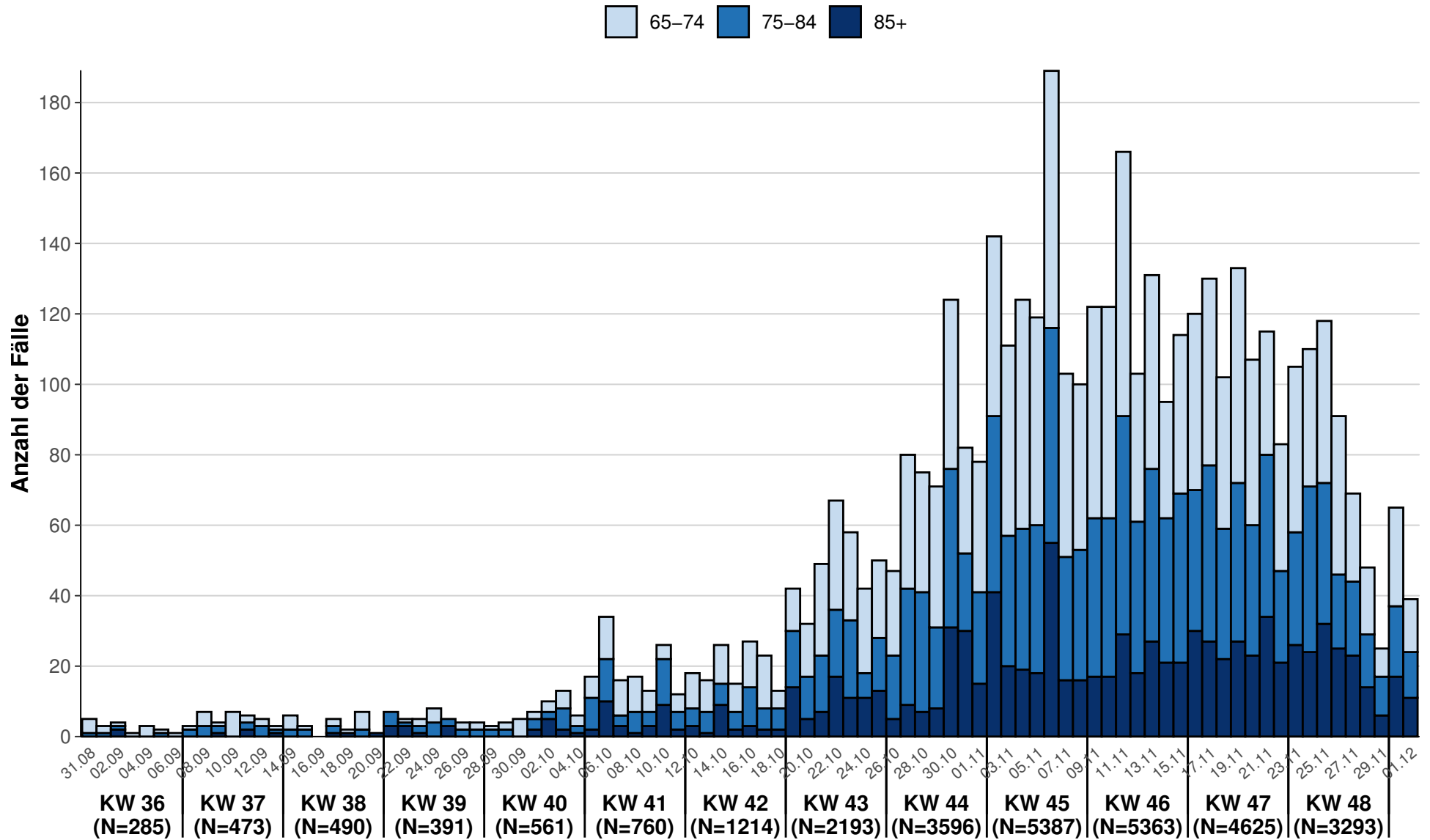
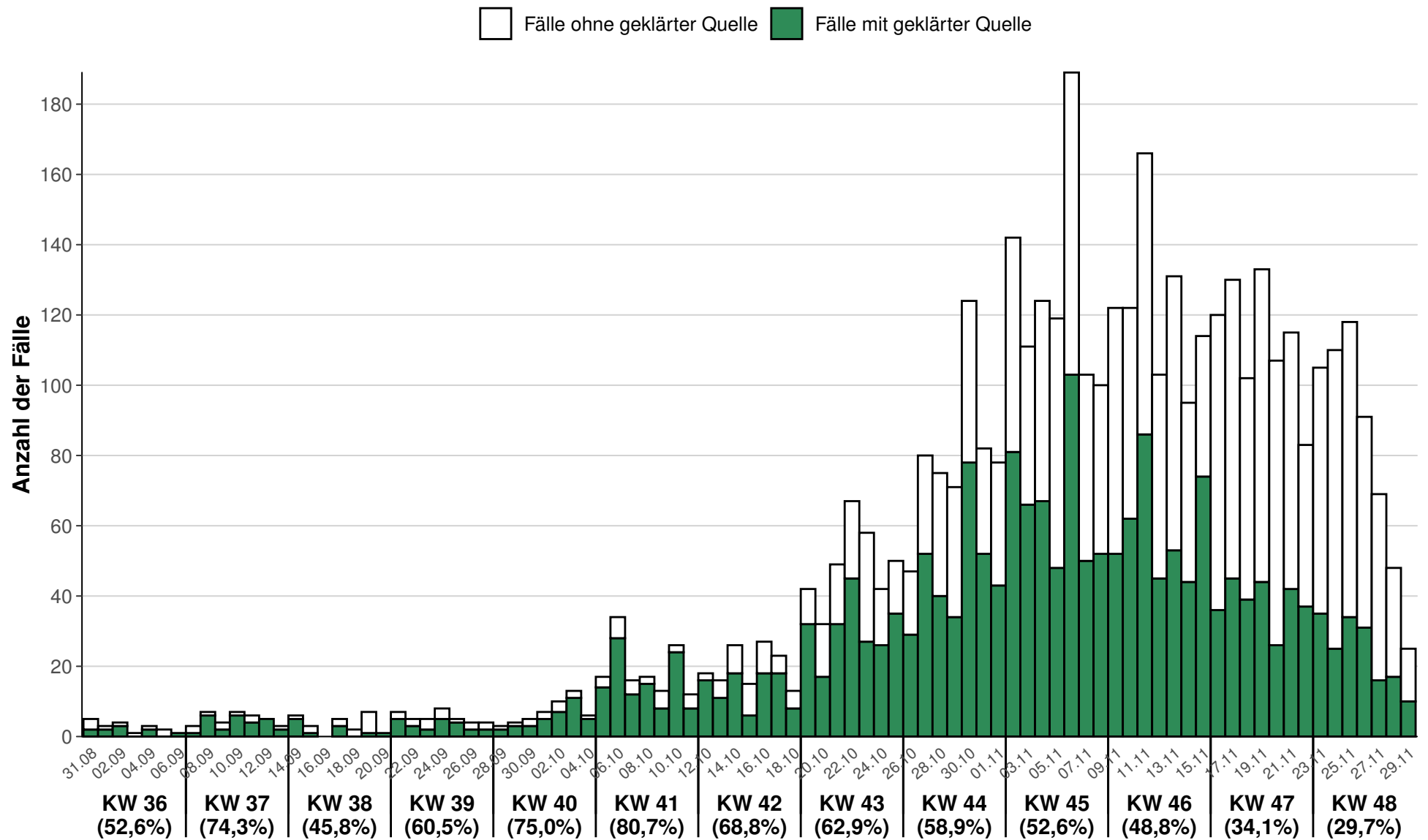


Tabelle 9: Tirol, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche.

Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48
<25	36,49%	38,69%	39,80%	32,74%	34,76%	24,74%	31,88%	26,22%	20,80%	21,22%	22,60%	20,67%	21,65%
25-44	30,18%	34,46%	32,45%	35,04%	32,26%	29,21%	28,67%	28,82%	32,17%	30,41%	29,09%	28,78%	29,61%
45-64	26,67%	19,45%	22,86%	22,51%	24,42%	28,29%	28,09%	29,46%	31,54%	31,89%	32,41%	33,47%	31,55%
65+	6,67%	7,40%	4,90%	9,72%	8,56%	17,76%	11,37%	15,50%	15,49%	16,48%	15,91%	17,08%	17,19%

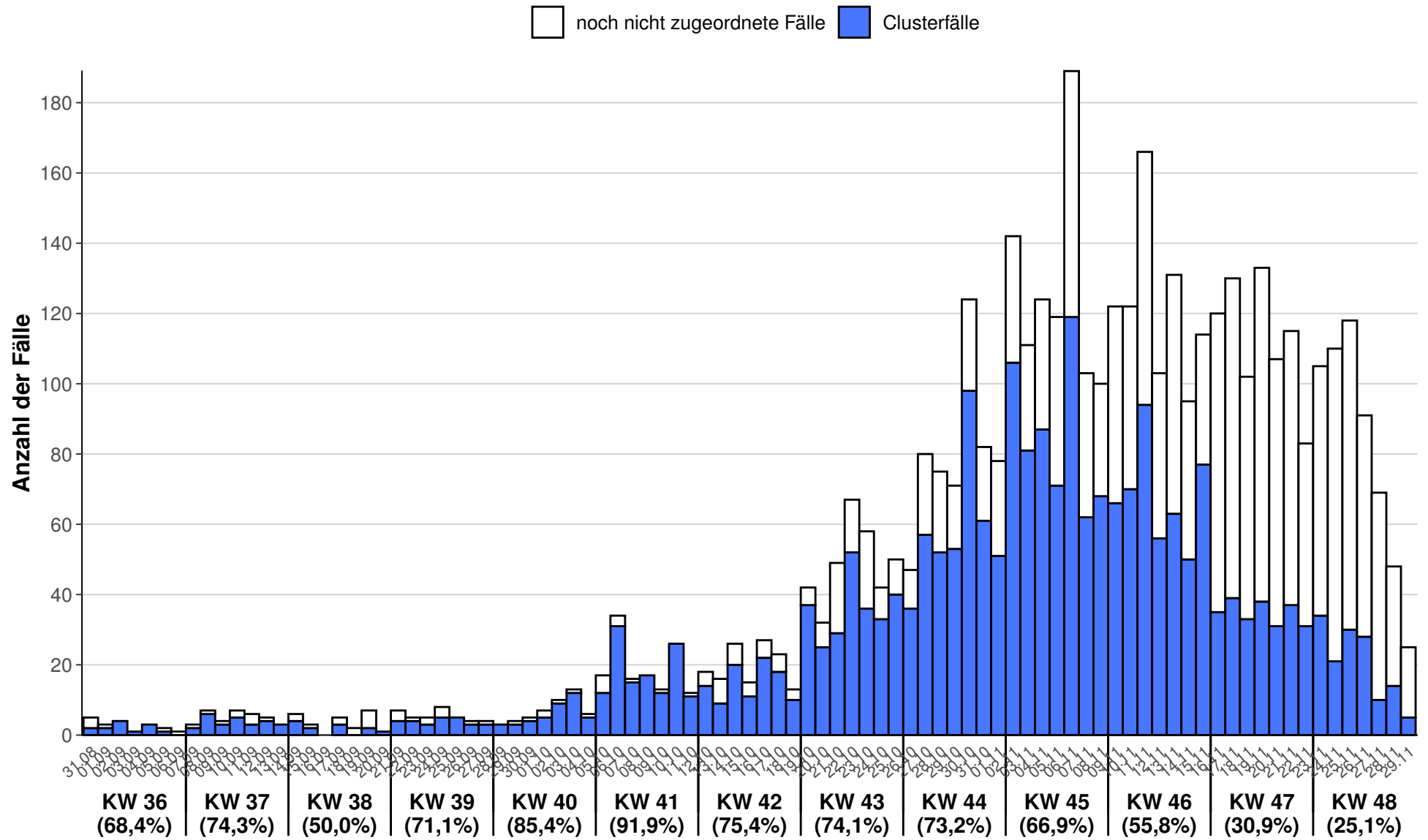
Geklärte Fälle

Abbildung 73: Tirol, Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 74: Tirol, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 75: Tirol, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

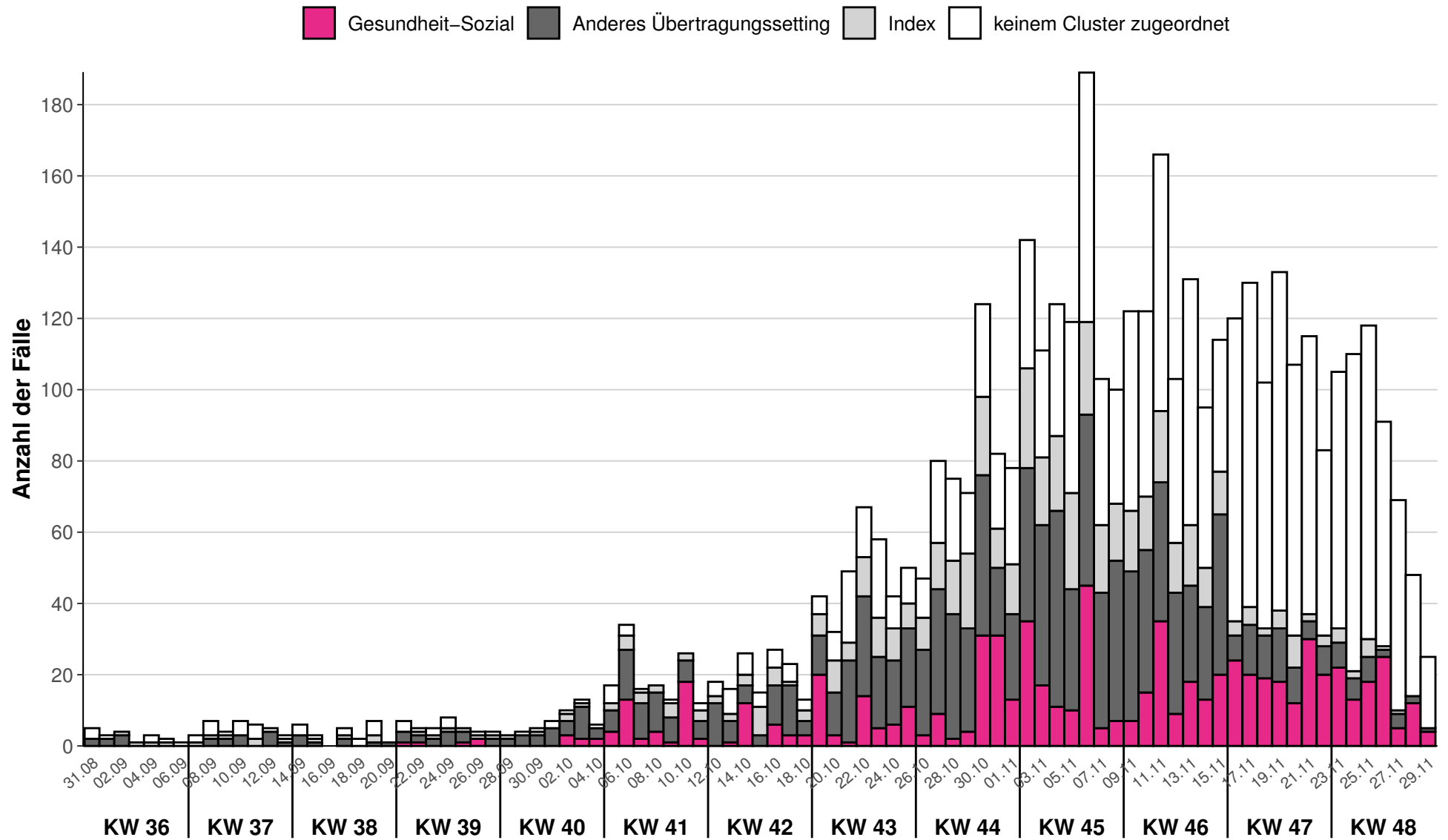


Abbildung 76: Tirol, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

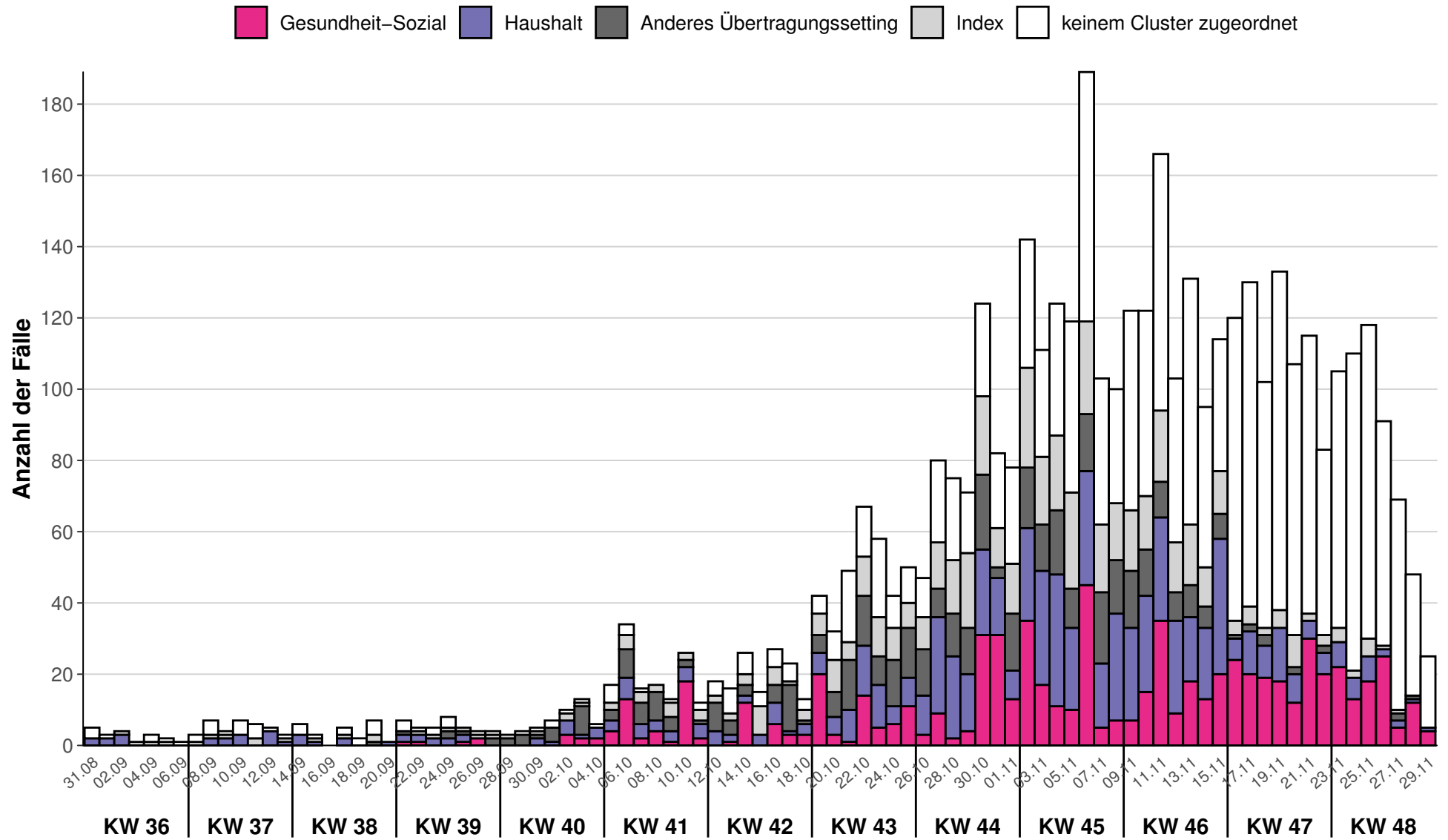
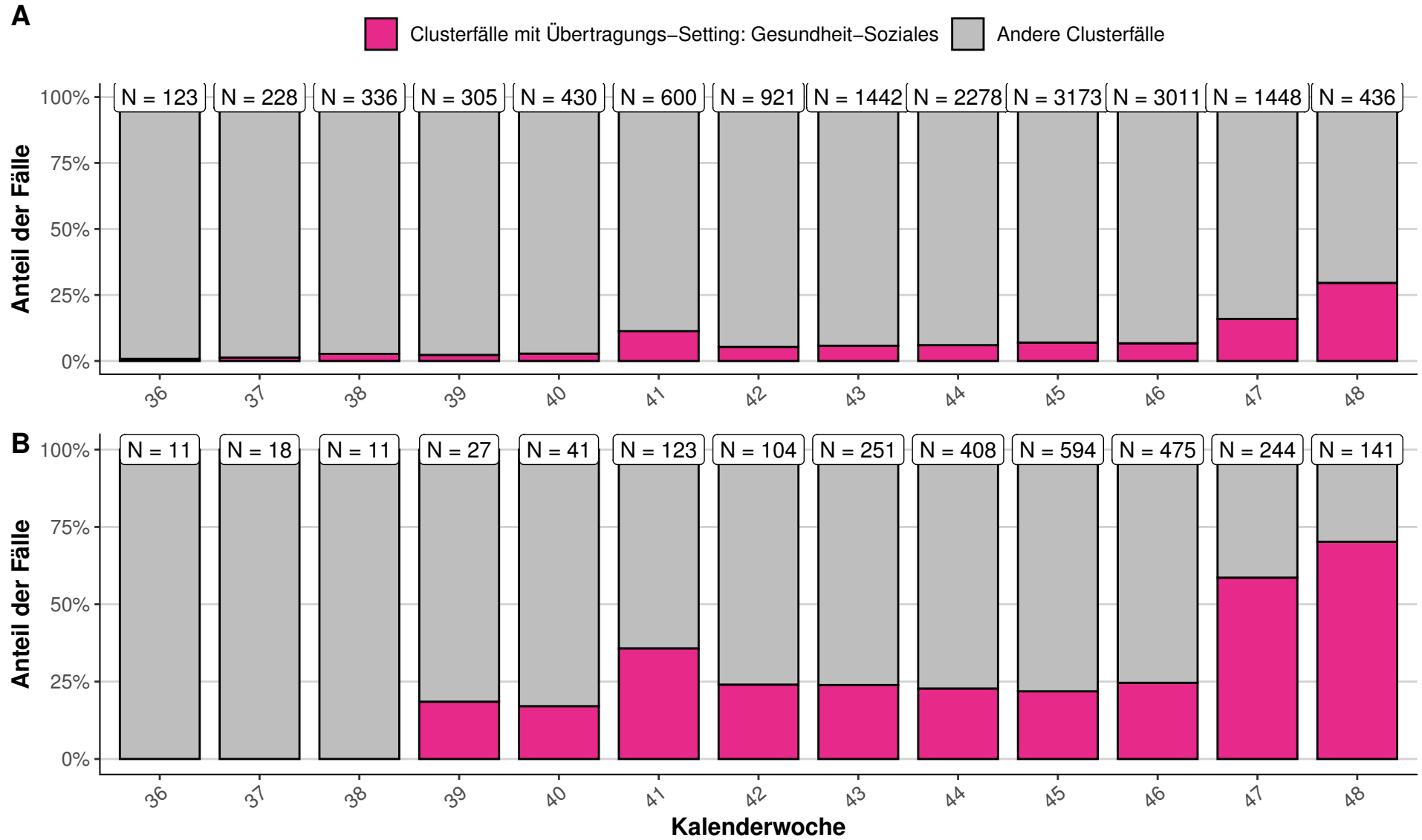


Abbildung 77: Tirol, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.



80

03.12.2020

Abbildung 78: Tirol, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen.

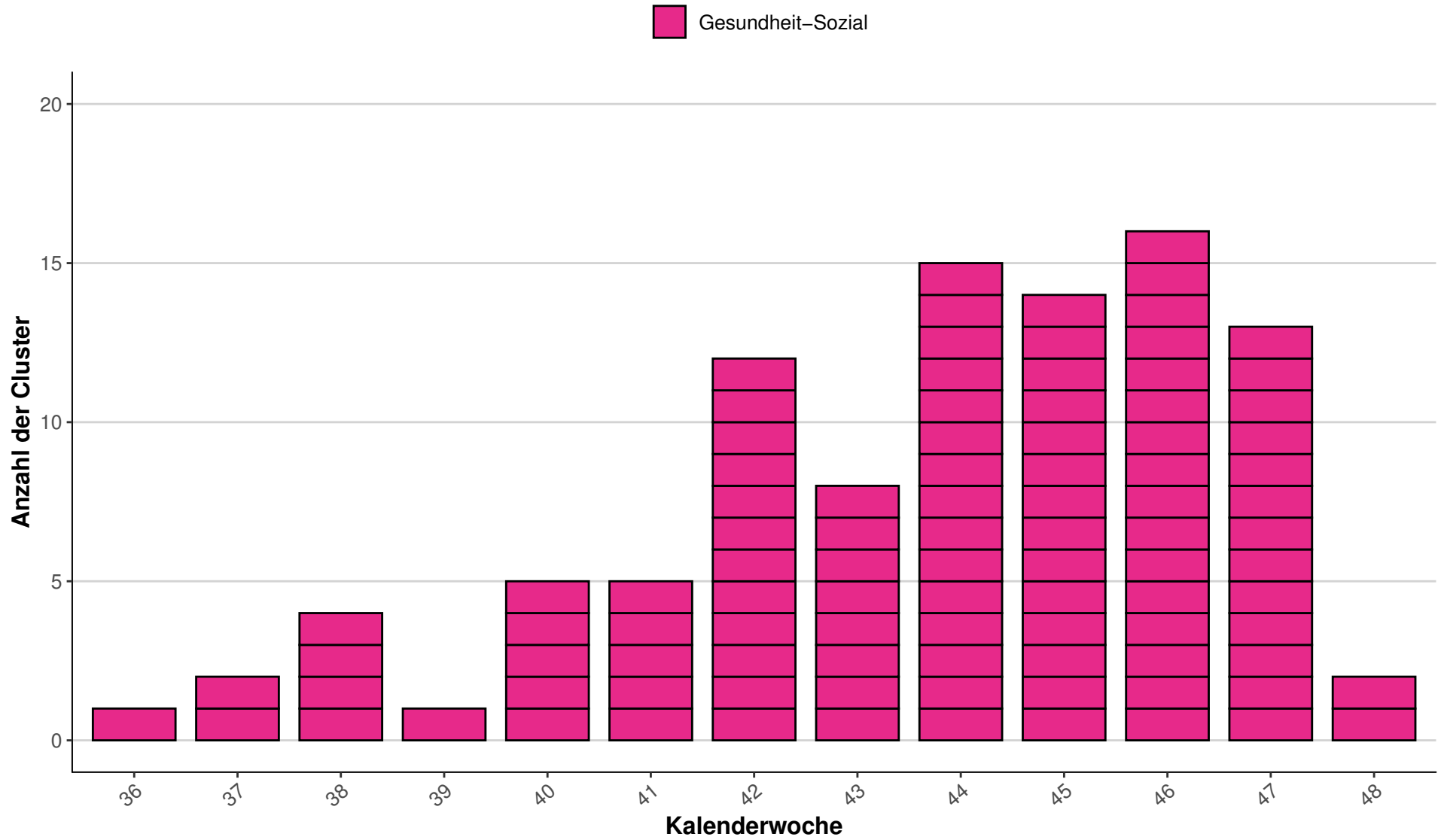


Abbildung 79: Tirol, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

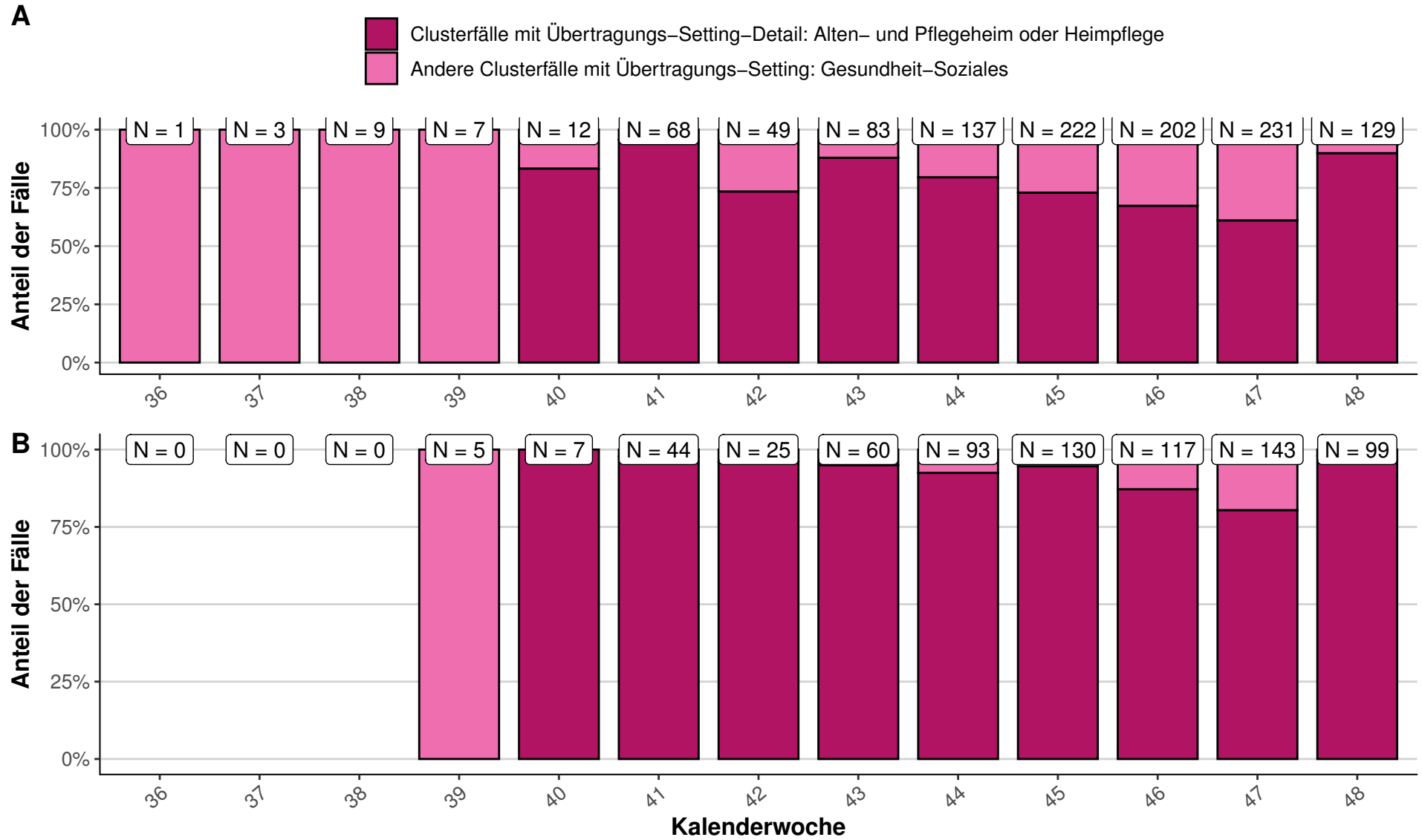


Abbildung 80: Tirol, Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle) für die Zeitperiode KW 36 bis KW 48.

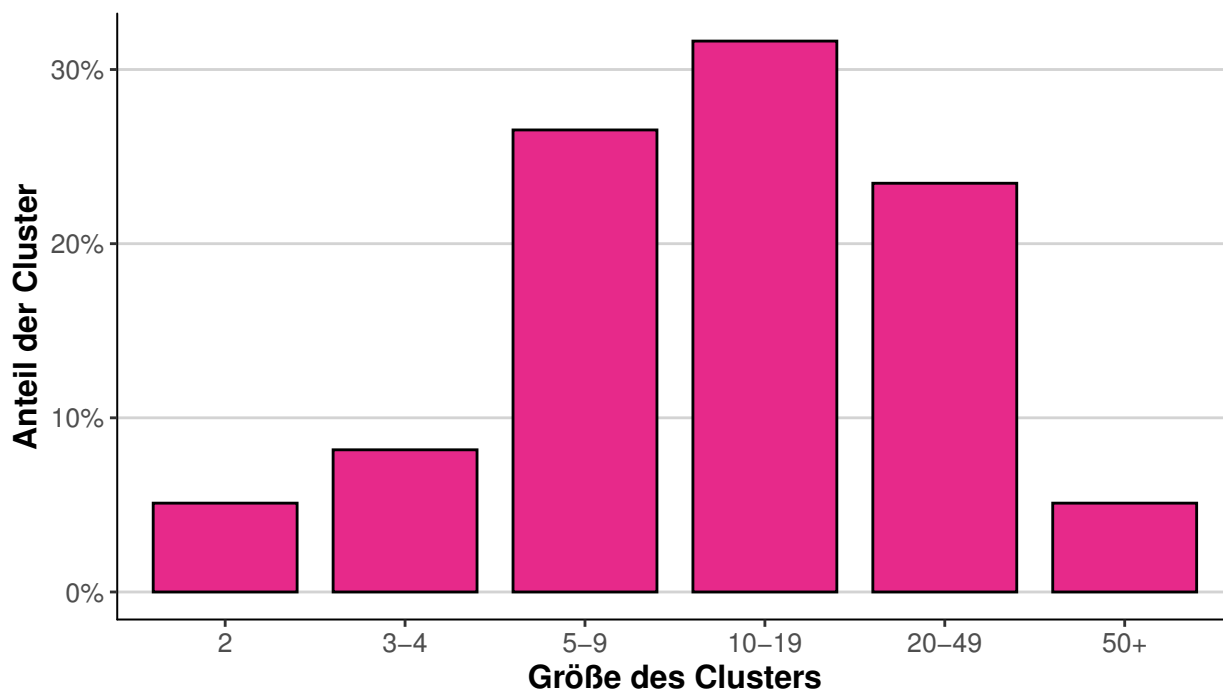
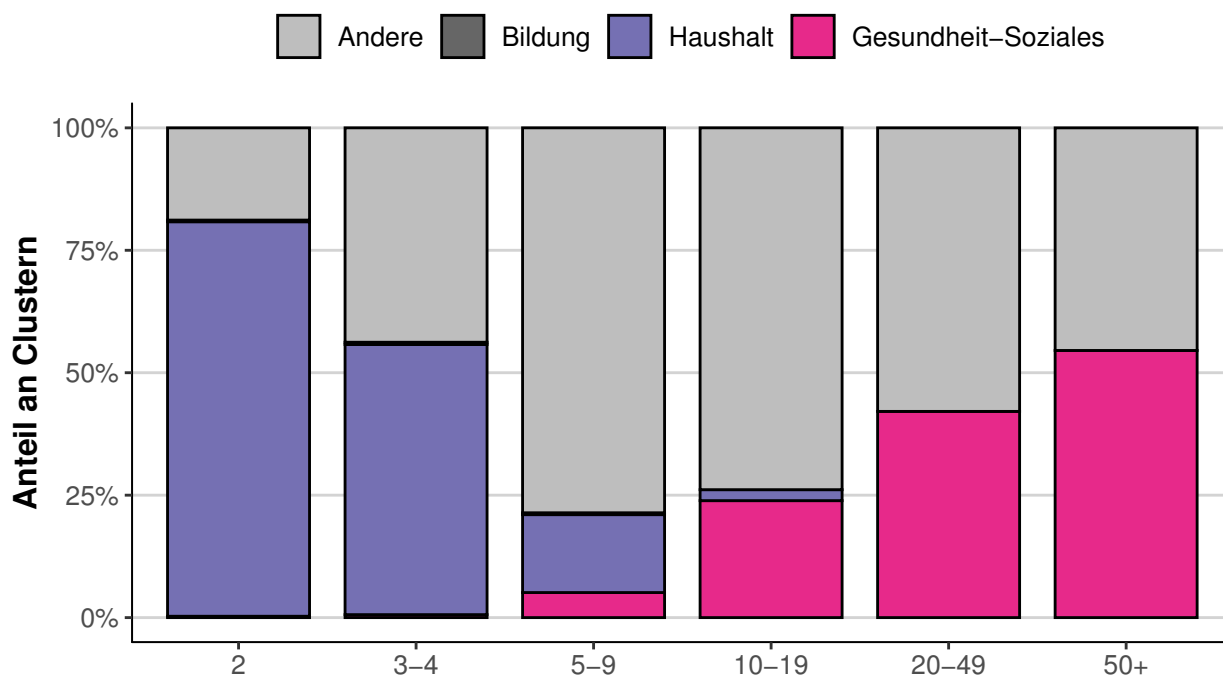


Abbildung 81: Tirol Verteilung der Cluster mit mindesten einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales zu reinen Haushalts- bzw. reinen Bildungsclustern nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36 bis KW 48.



Vorarlberg

Abbildung 82: Vorarlberg, Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

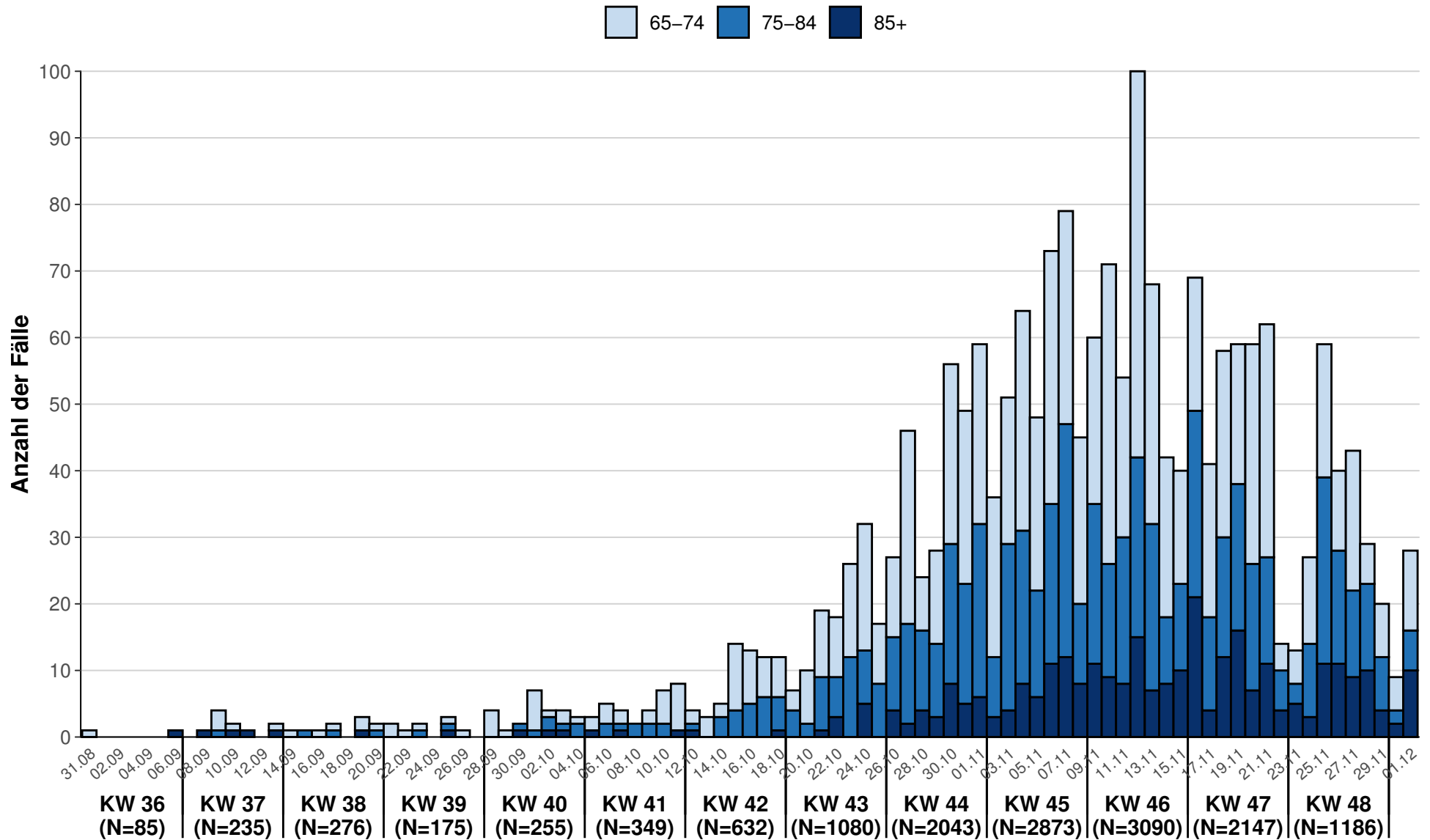
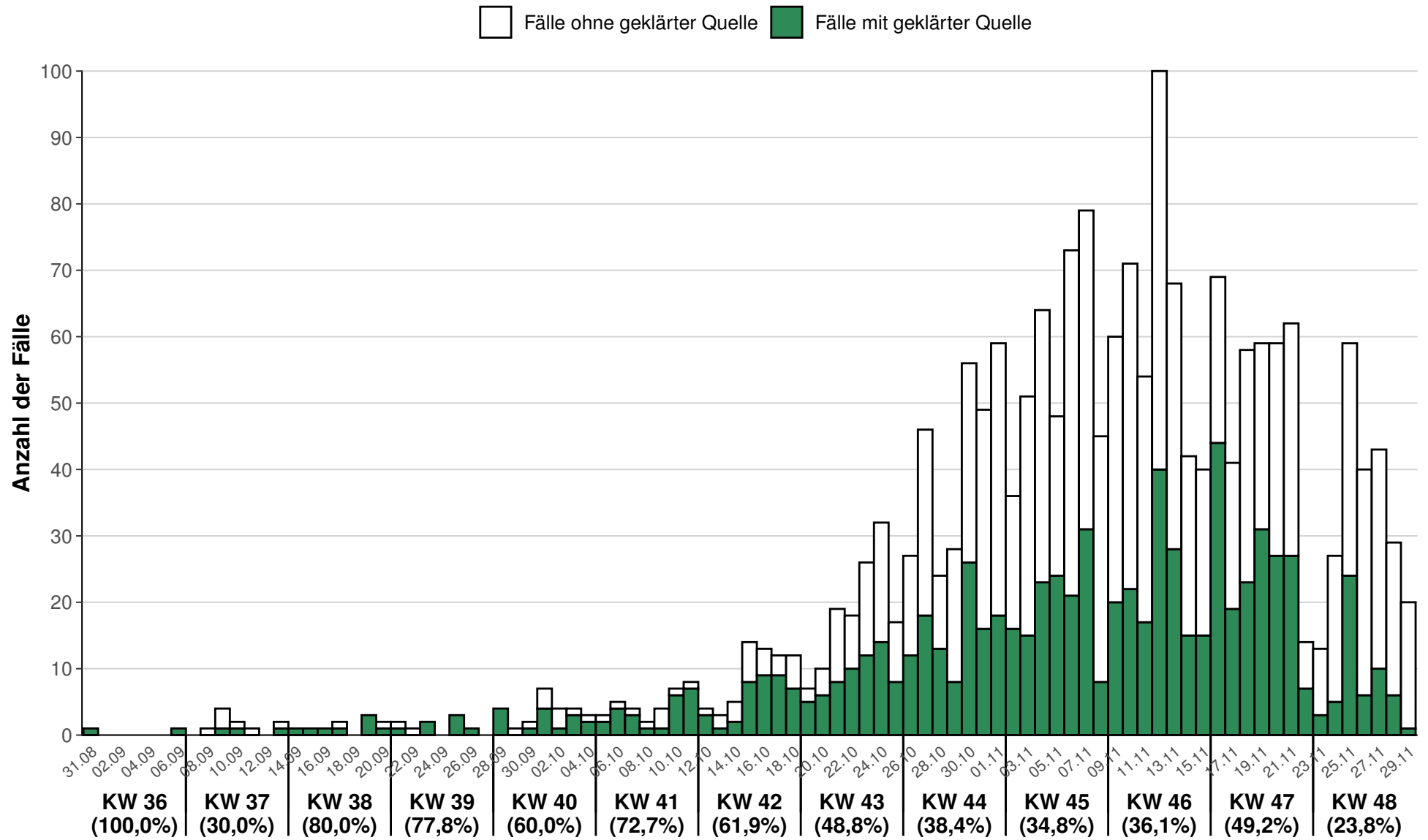


Tabelle 10: Vorarlberg, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche.

Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48
<25	32,94%	43,40%	30,43%	37,71%	33,33%	36,39%	28,64%	26,85%	22,56%	21,79%	22,98%	19,42%	16,10%
25-44	29,41%	34,89%	34,78%	32,57%	32,16%	30,09%	31,49%	30,28%	31,52%	31,67%	30,42%	30,55%	31,03%
45-64	35,29%	17,45%	31,16%	24,57%	24,71%	24,07%	29,91%	30,93%	31,77%	32,75%	32,52%	33,16%	33,39%
65+	2,35%	4,26%	3,62%	5,14%	9,80%	9,46%	9,97%	11,94%	14,15%	13,78%	14,08%	16,86%	19,48%

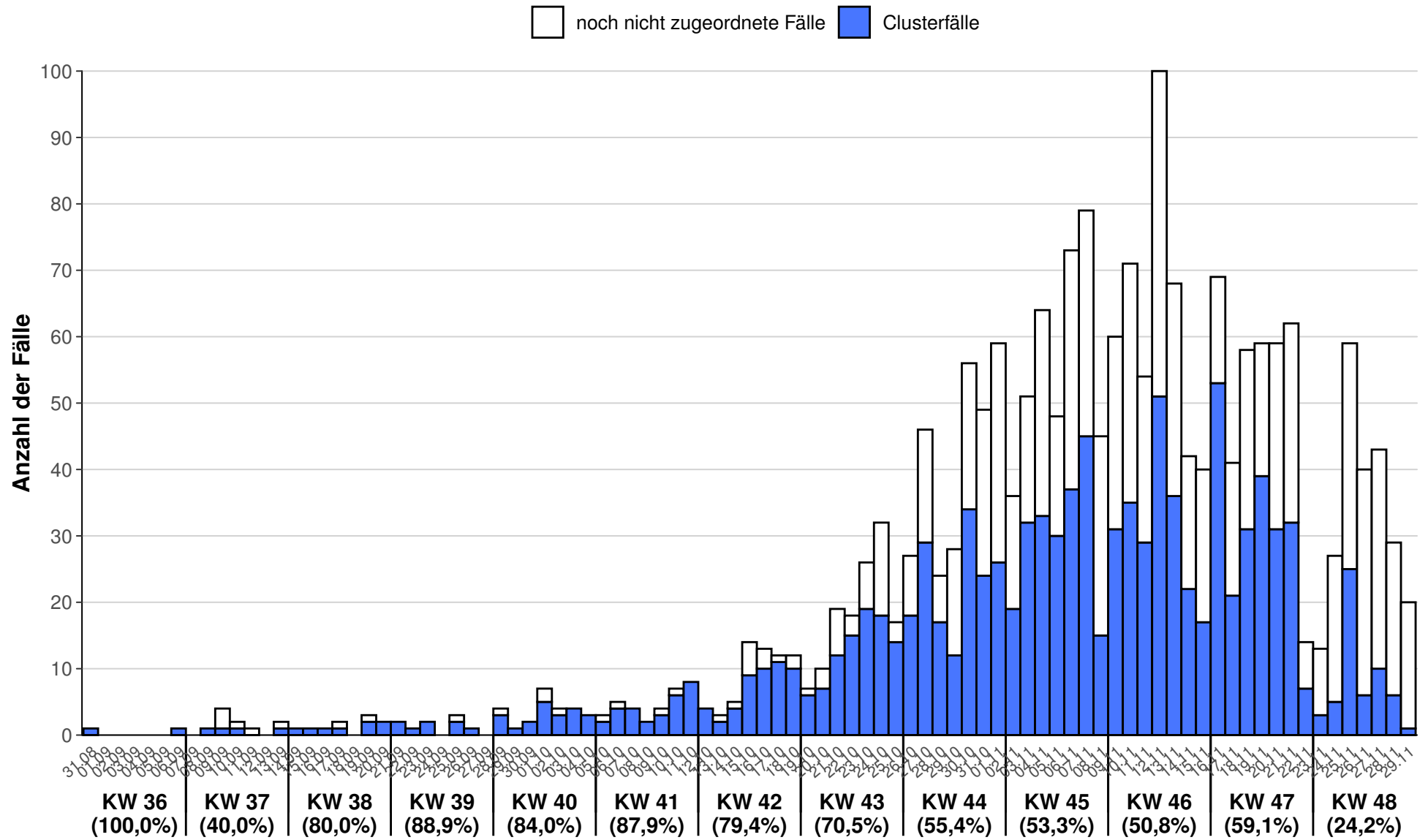
Geklärte Fälle

Abbildung 83: Vorarlberg, Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 84: Vorarlberg, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 85: Vorarlberg, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

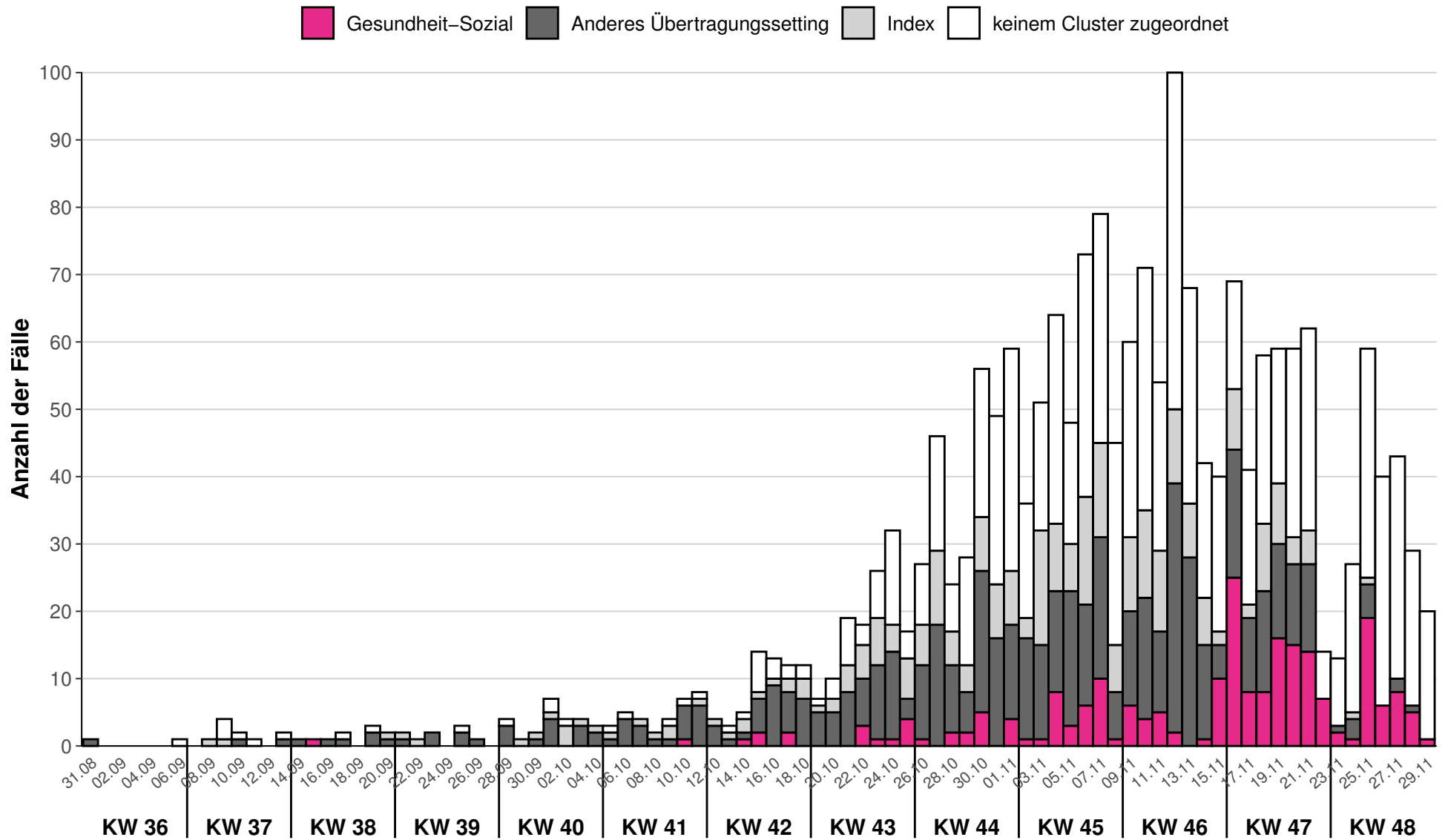


Abbildung 86: Vorarlberg, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

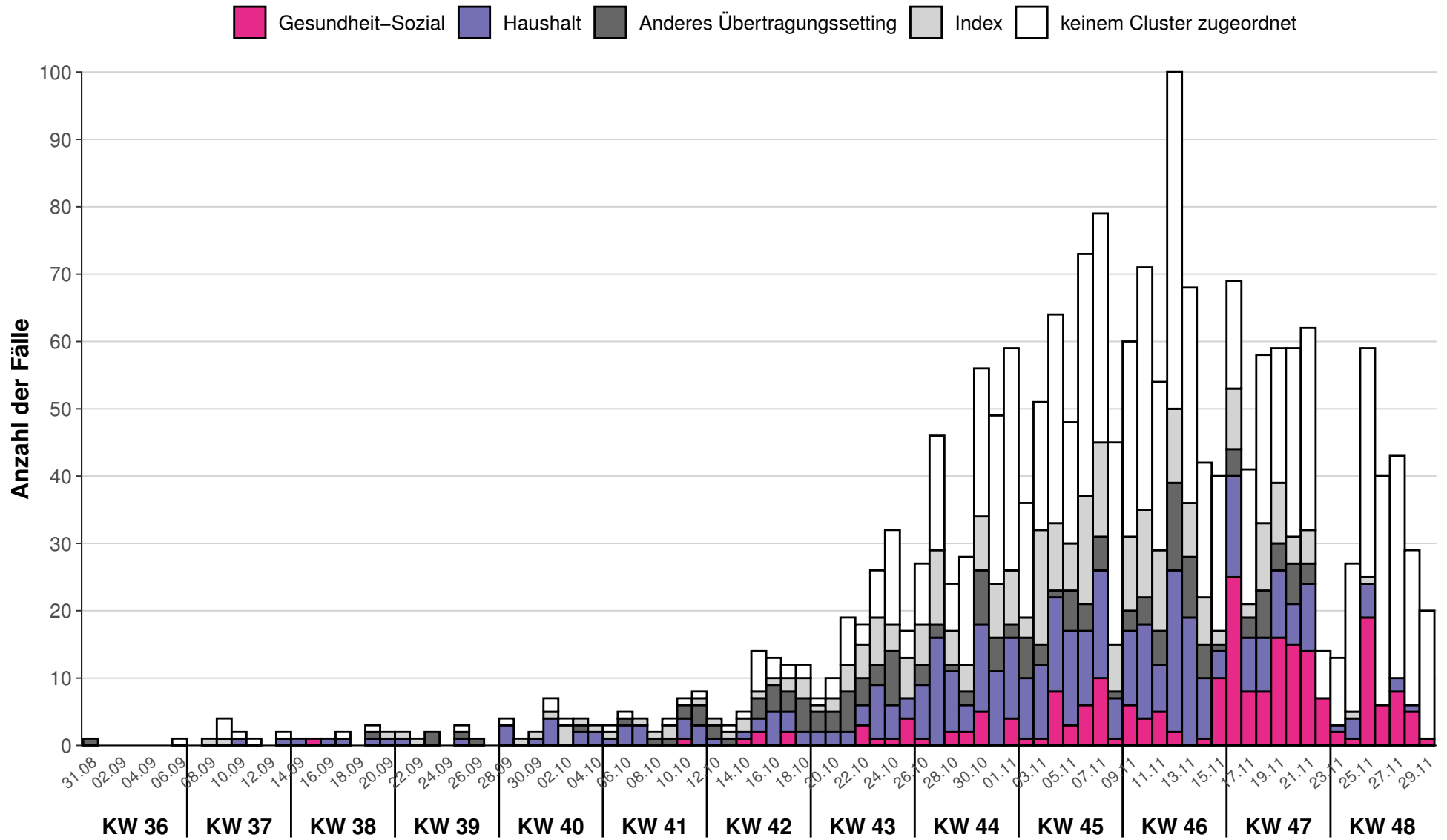
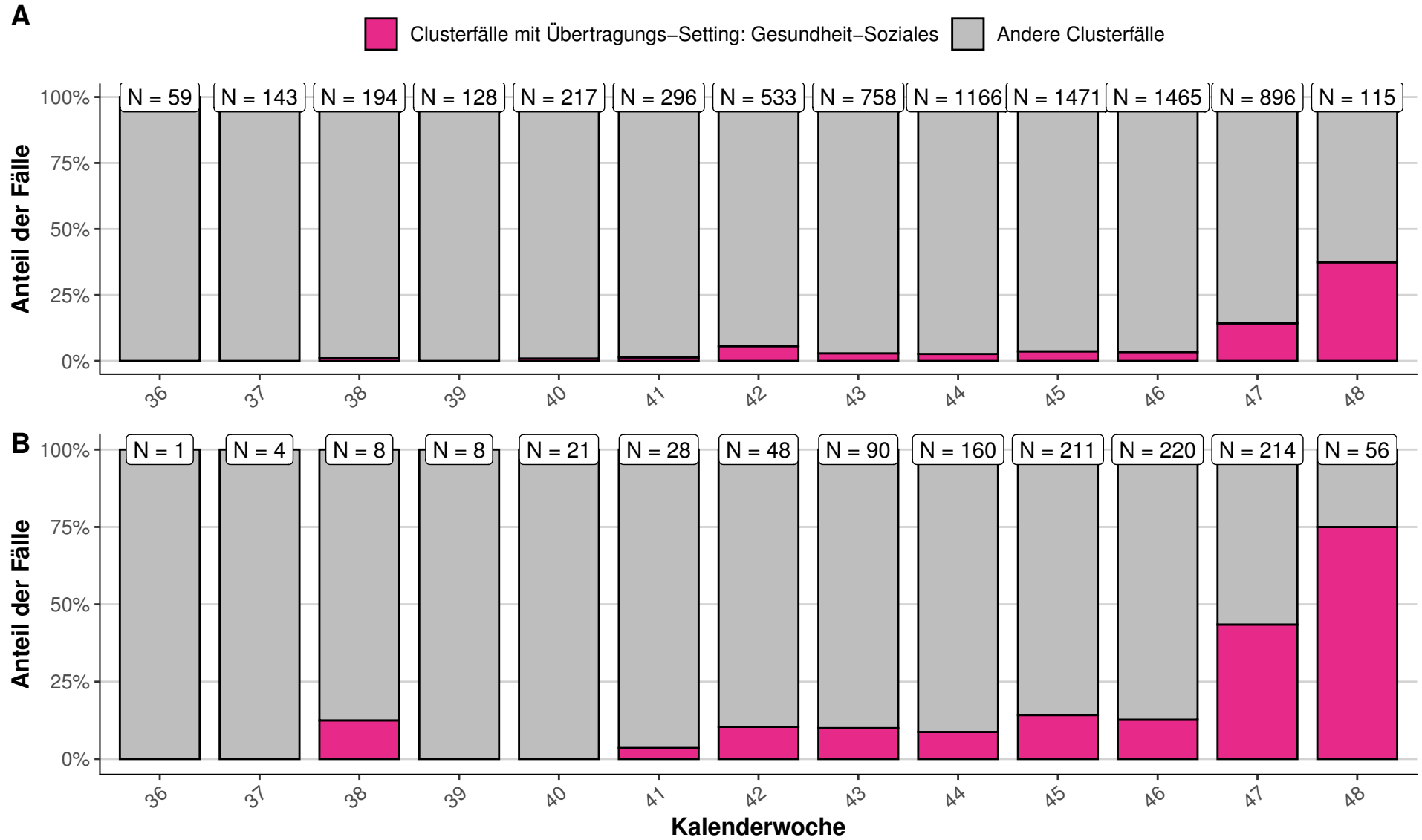


Abbildung 87: Vorarlberg, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales.
A: Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.



90

03.12.2020

Abbildung 88: Vorarlberg, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen.

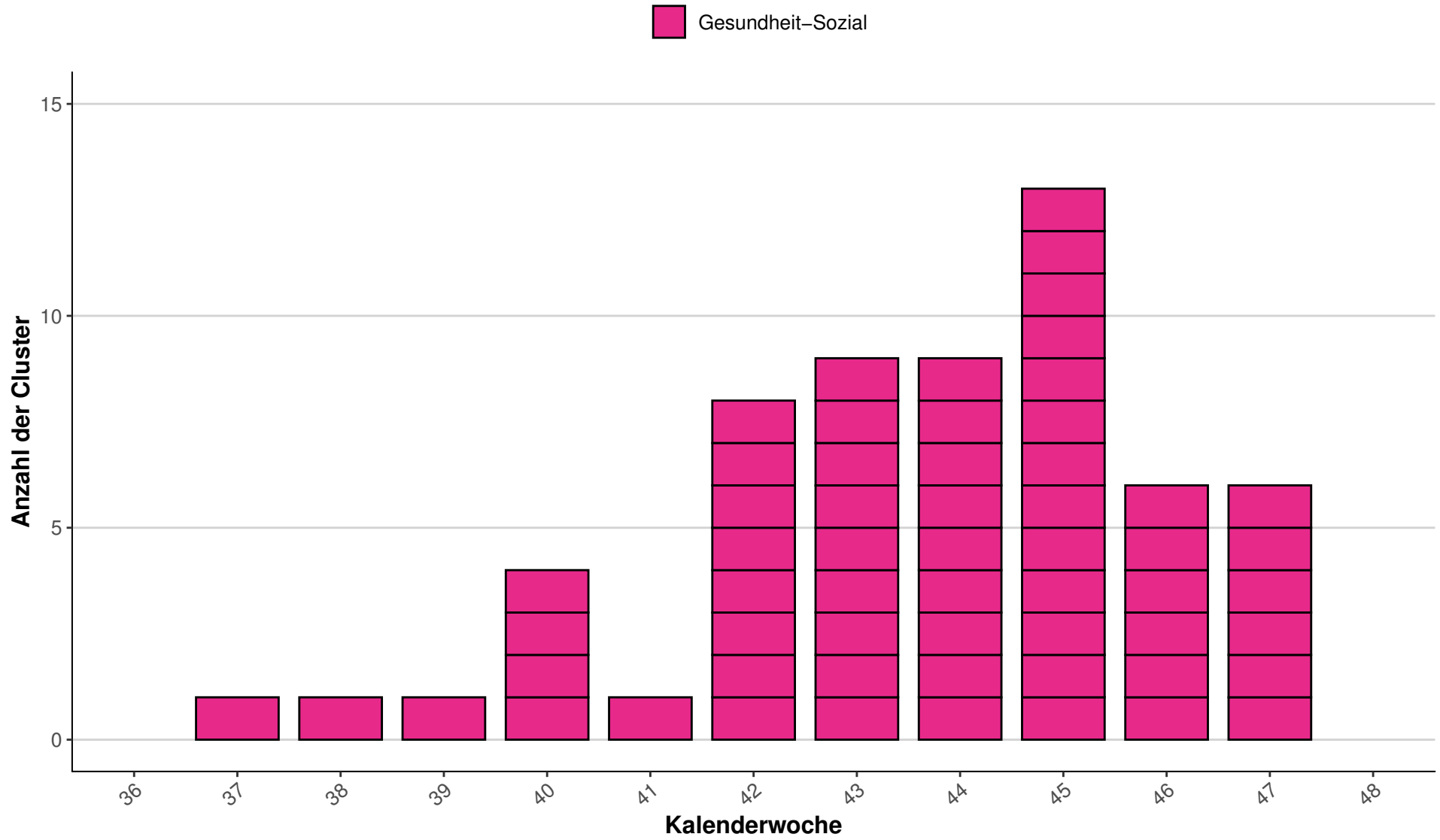


Abbildung 89: Vorarlberg, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

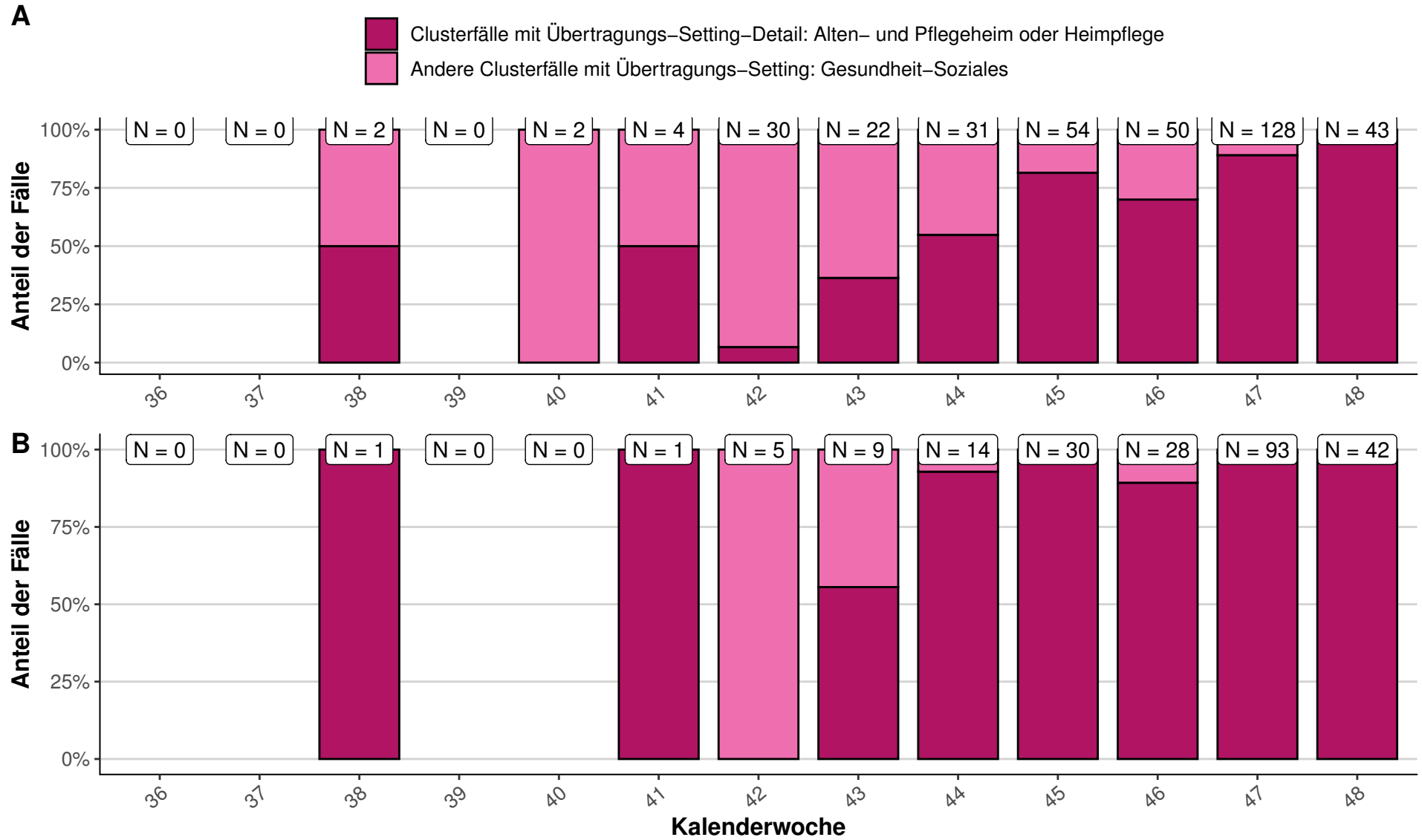
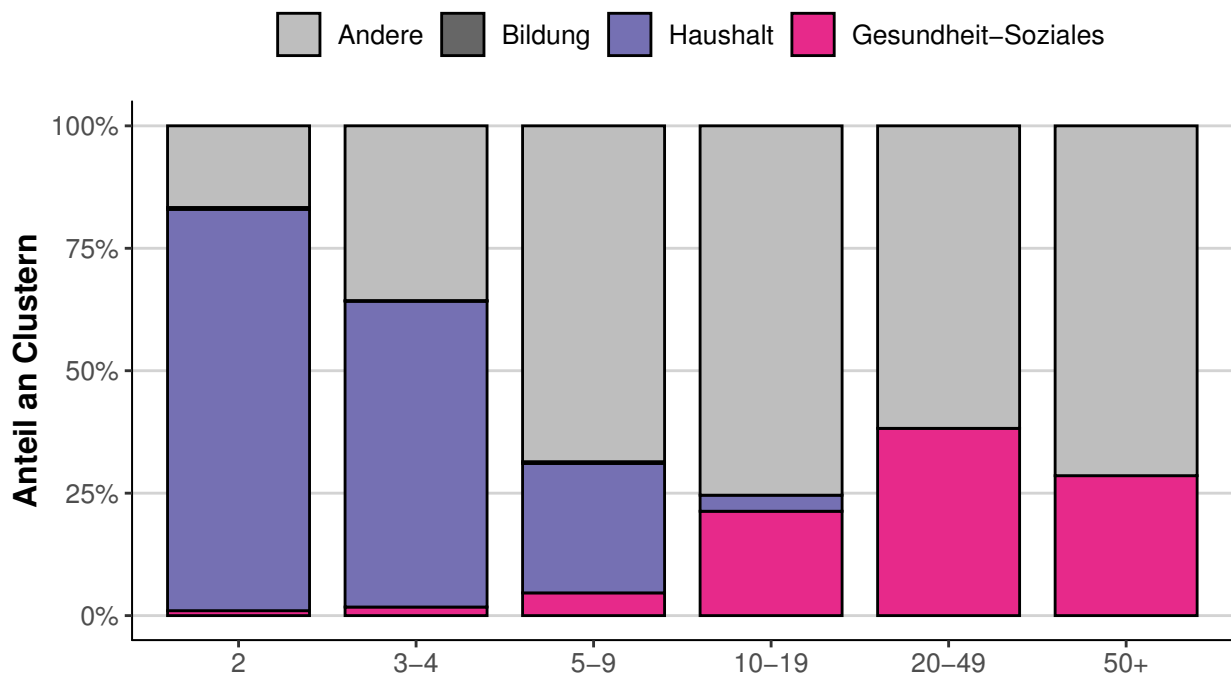


Abbildung 90: Vorarlberg, Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle) für die Zeitperiode KW 36 bis KW 48.



Abbildung 91: Vorarlberg Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales zu reinen Haushalts- bzw. reinen Bildungsclustern nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36 bis KW 48.



Wien

Abbildung 92: Wien, Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

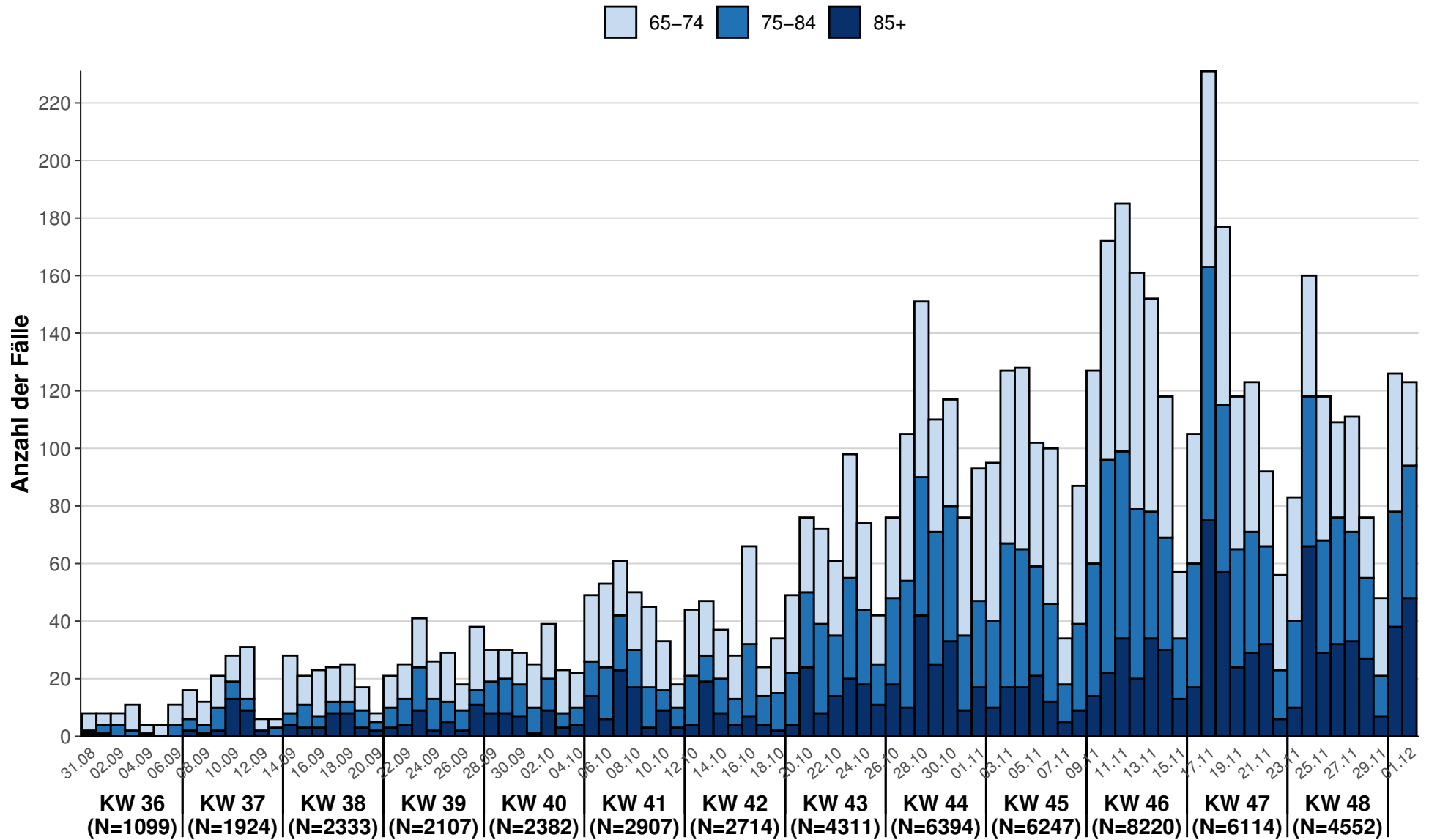
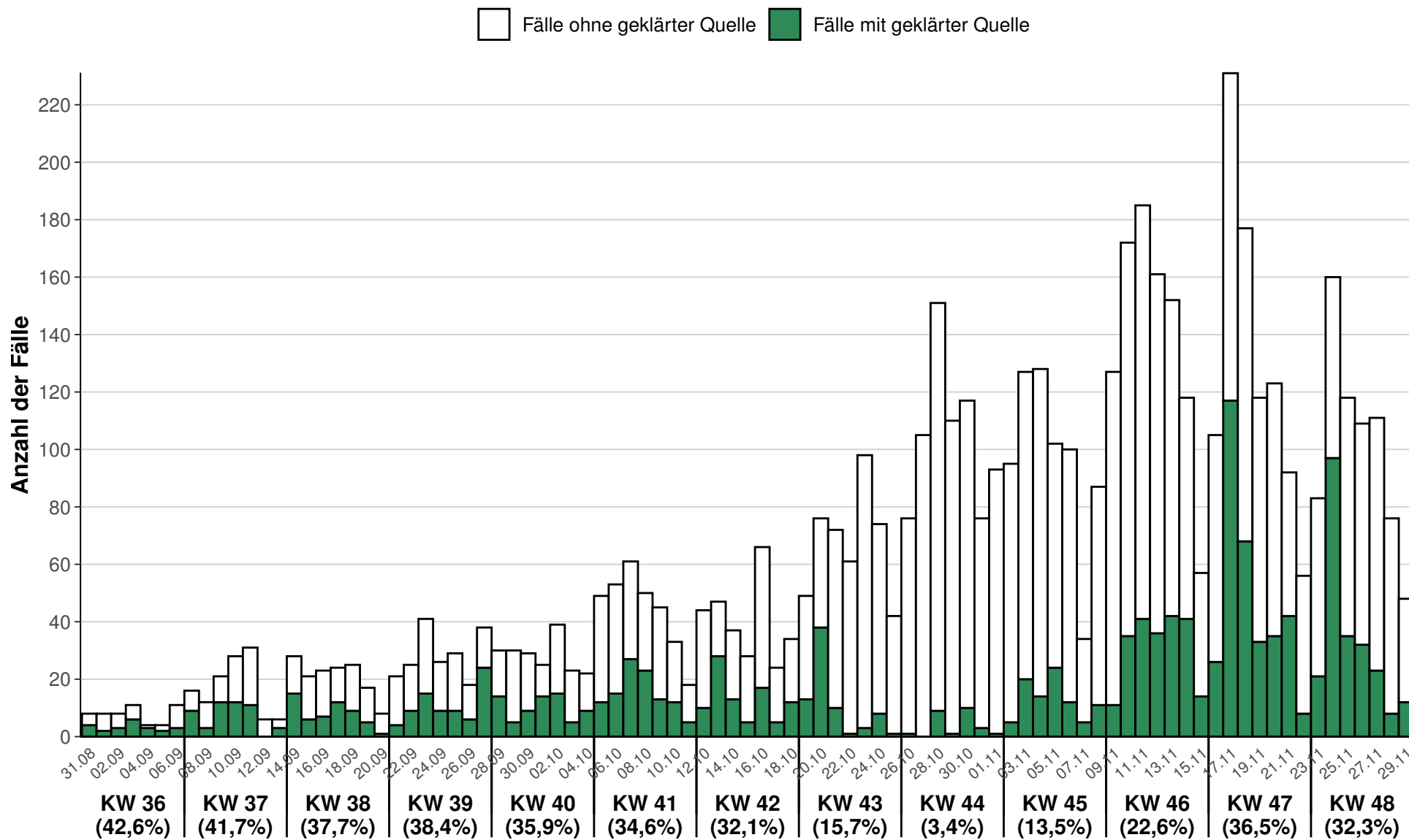


Tabelle 11: Wien, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche.

Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48
<25	31,21%	34,10%	34,68%	29,47%	30,77%	31,13%	29,29%	25,52%	23,22%	21,95%	23,19%	22,98%	22,39%
25-44	39,76%	37,32%	38,83%	36,88%	36,69%	33,75%	32,57%	37,23%	38,43%	38,47%	36,67%	34,85%	34,82%
45-64	24,11%	22,35%	20,23%	24,25%	24,22%	24,49%	27,82%	26,30%	26,96%	28,81%	28,32%	27,41%	27,31%
65+	4,91%	6,24%	6,26%	9,40%	8,31%	10,63%	10,32%	10,95%	11,39%	10,77%	11,82%	14,75%	15,49%

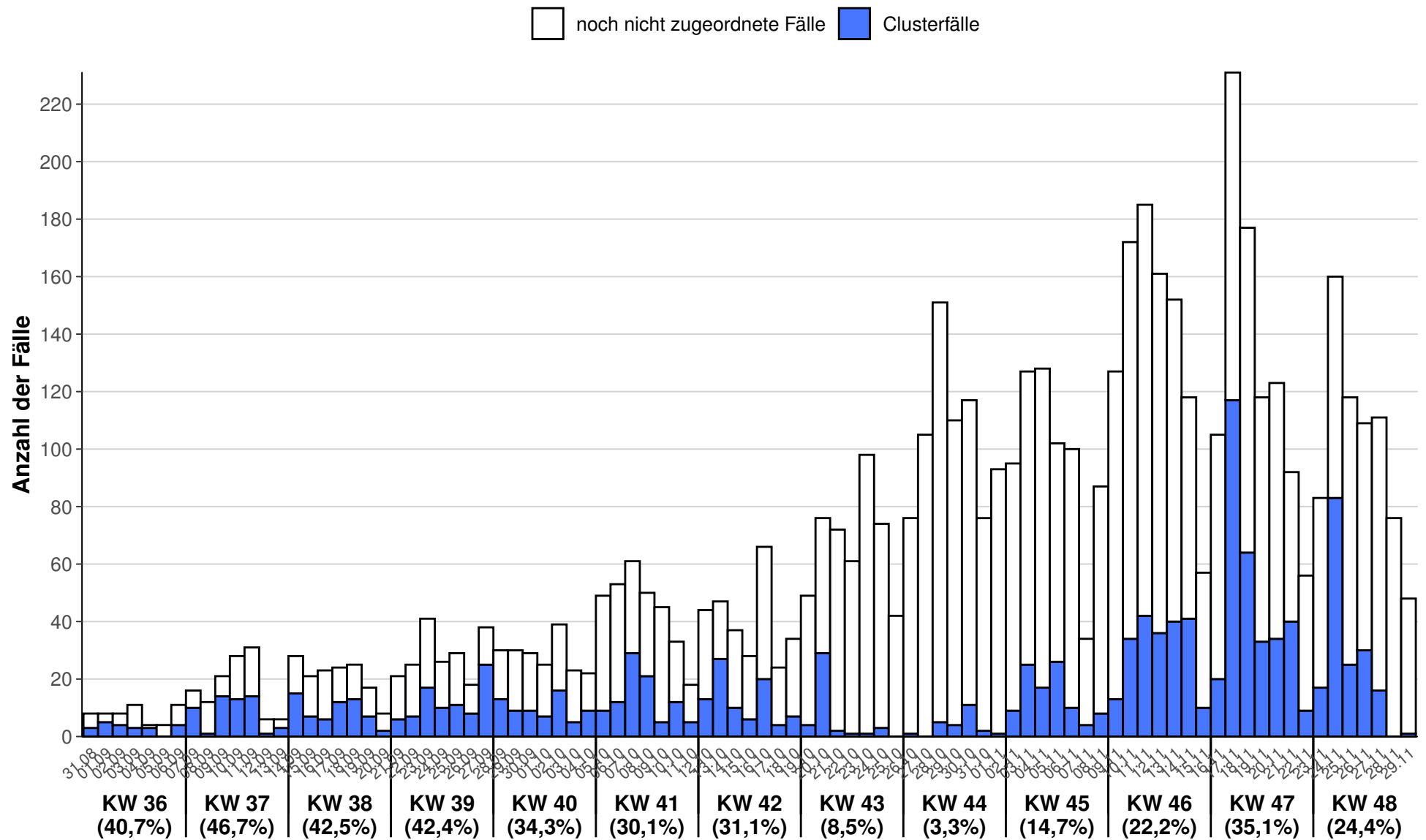
Geklärte Fälle

Abbildung 93: Wien, Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 94: Wien, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 95: Wien, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

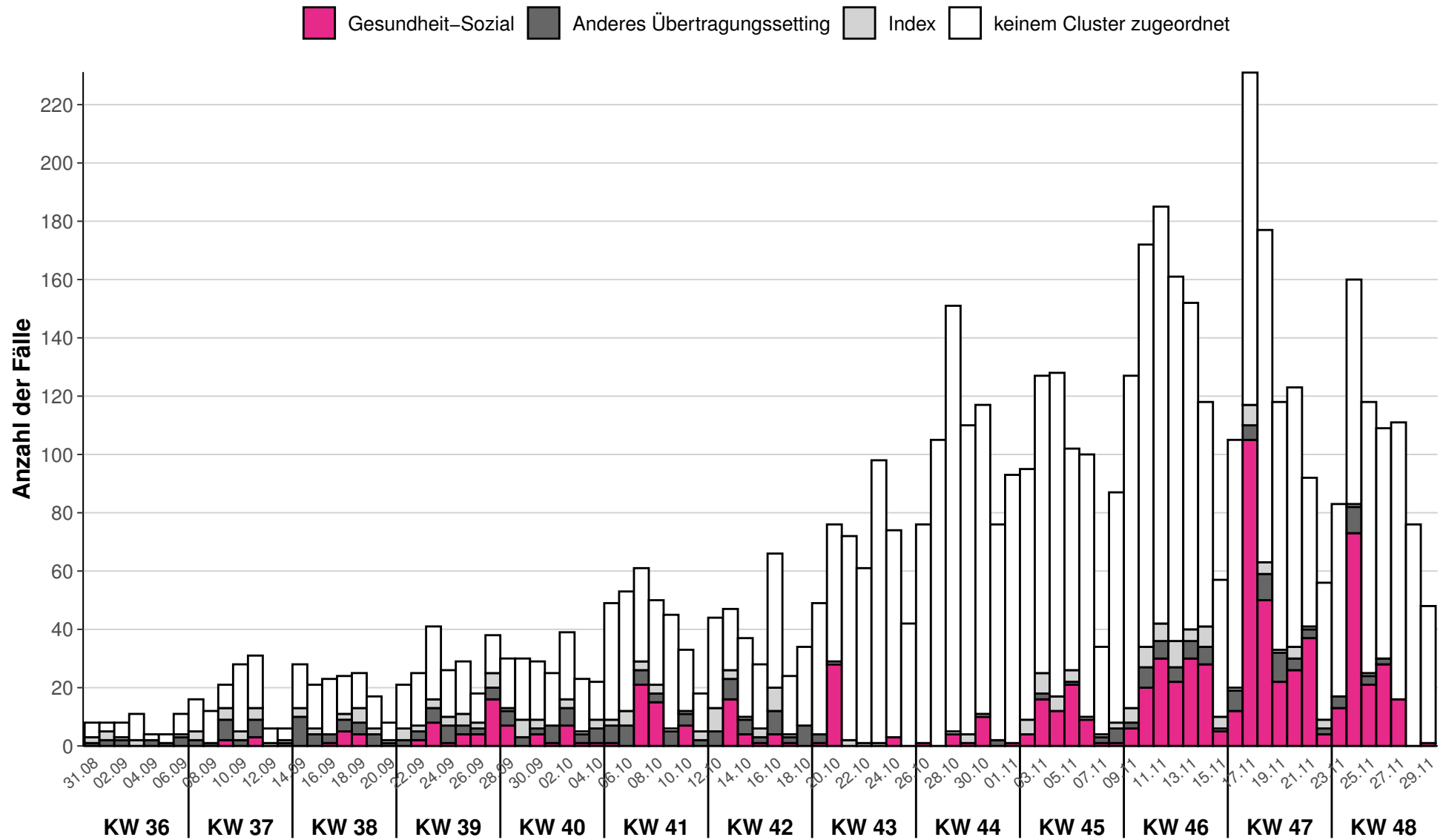


Abbildung 96: Wien, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

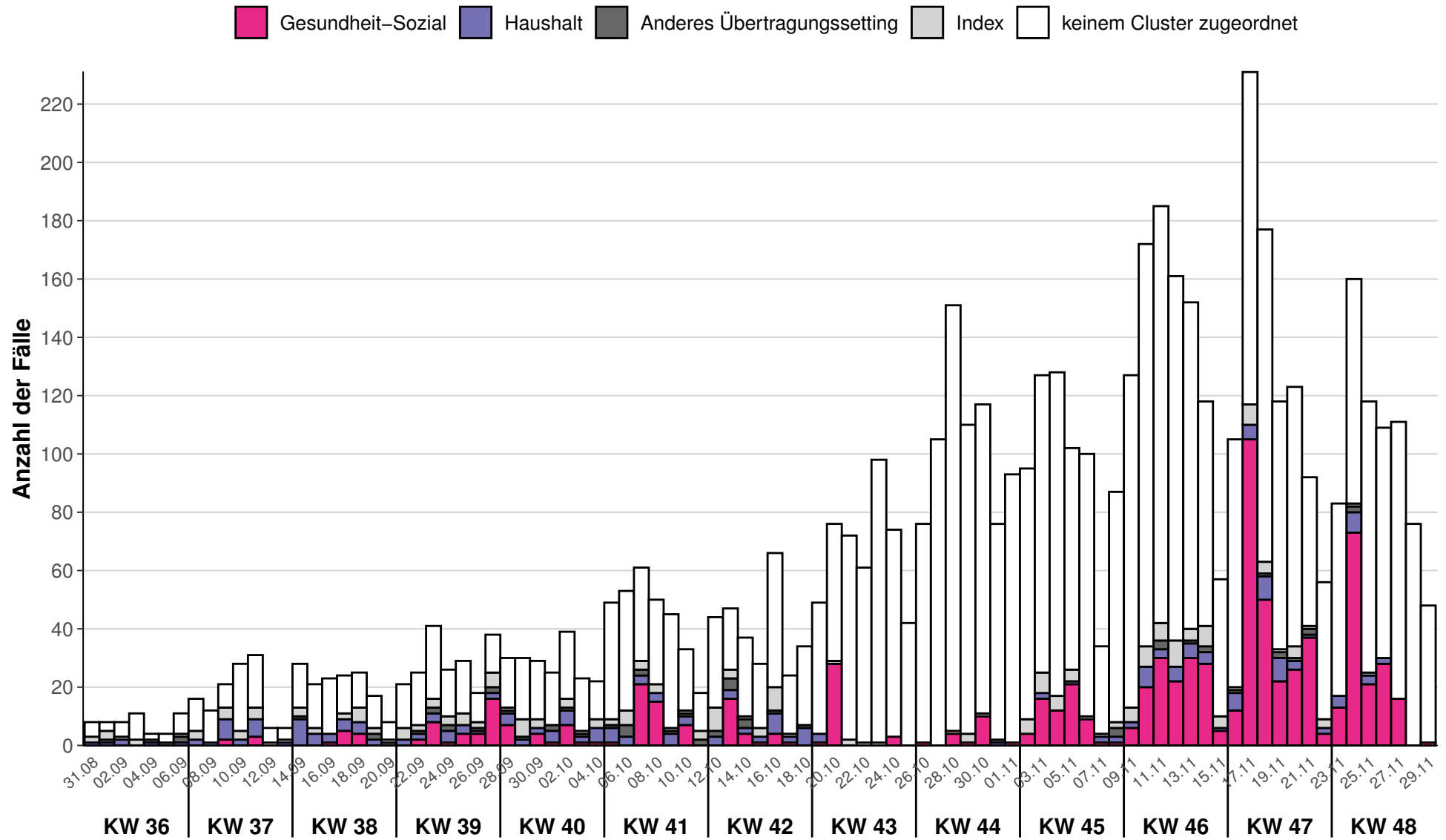
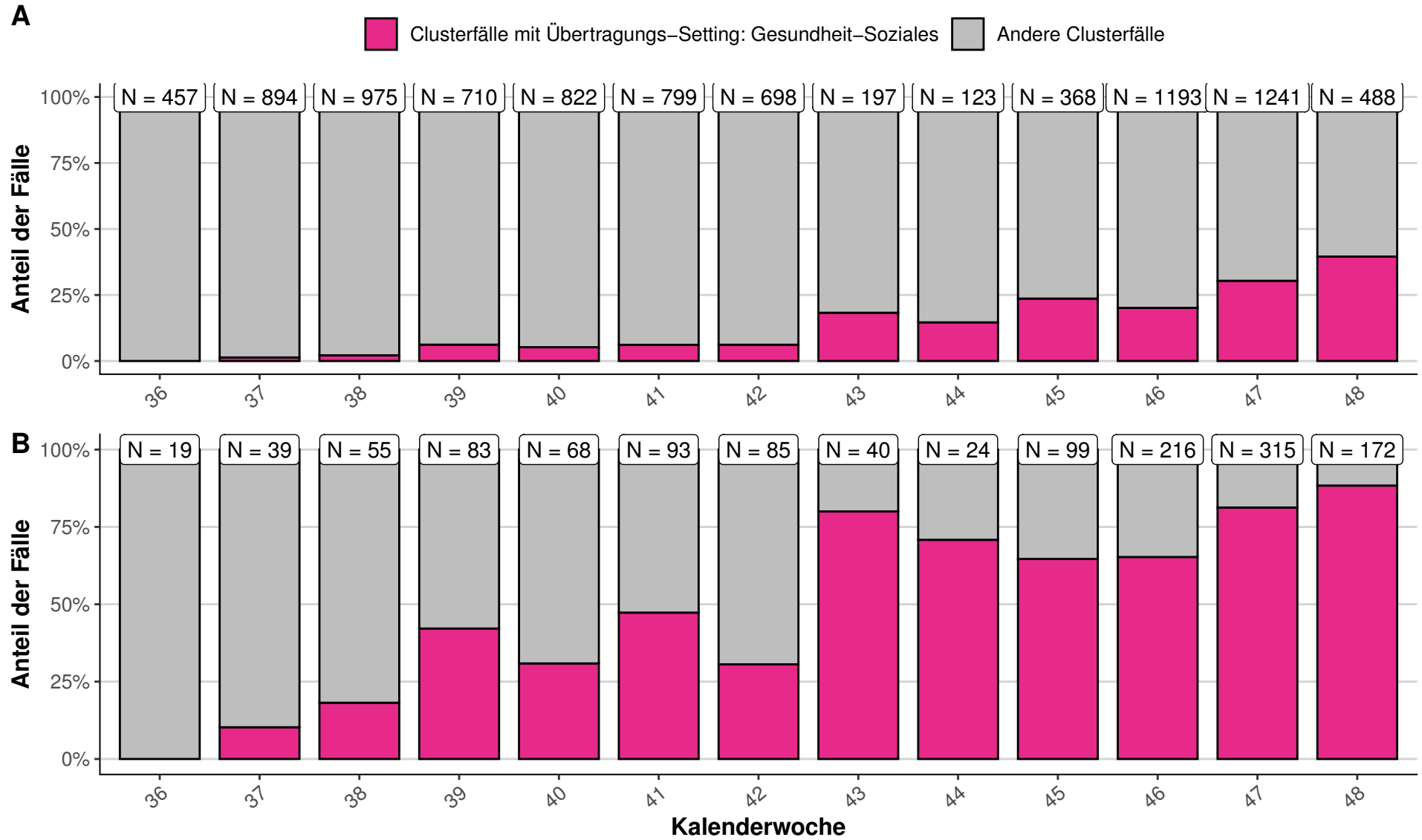


Abbildung 97: Wien, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.



100

03.12.2020

Abbildung 98: Wien, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen.

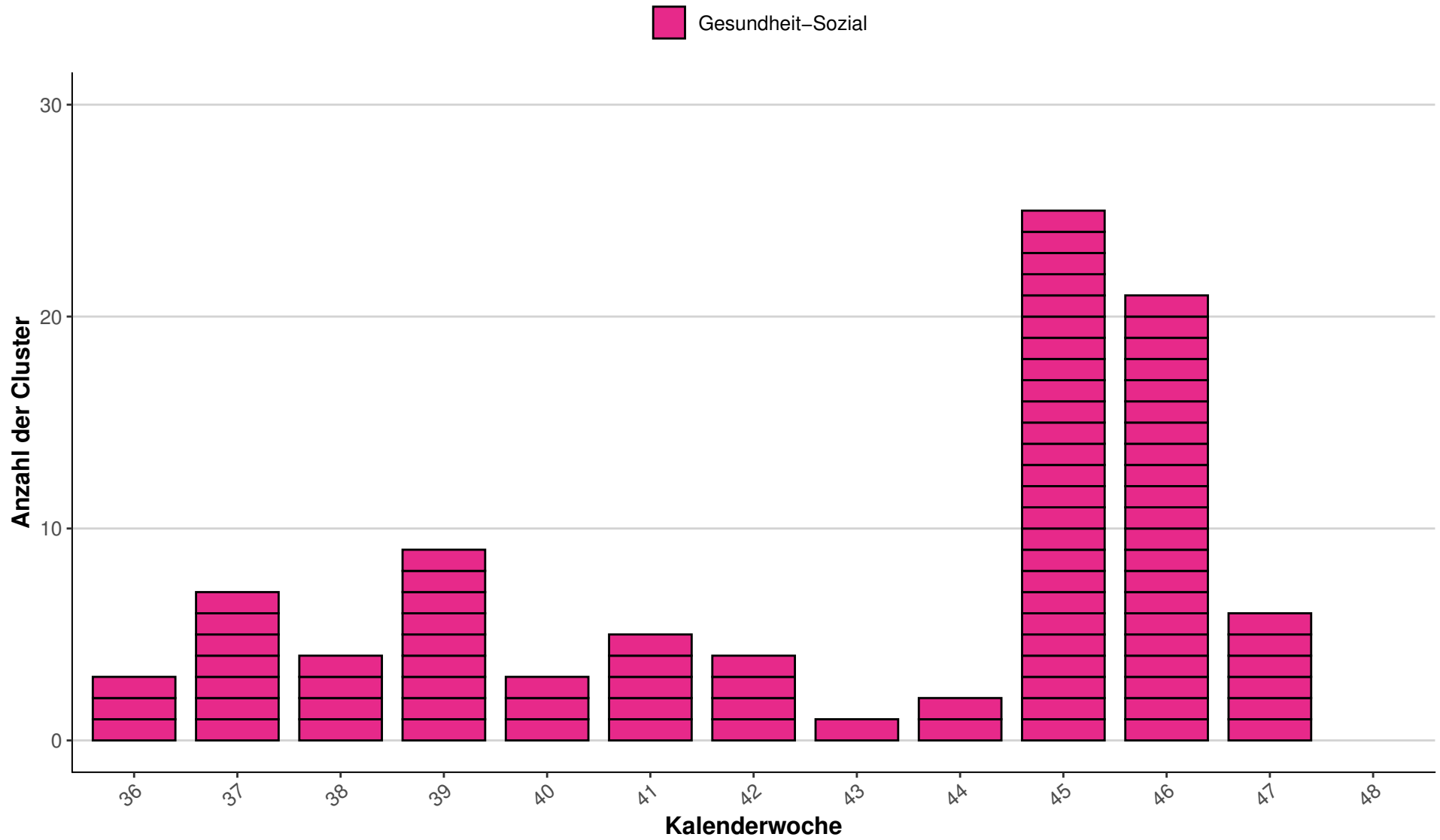


Abbildung 99: Wien, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

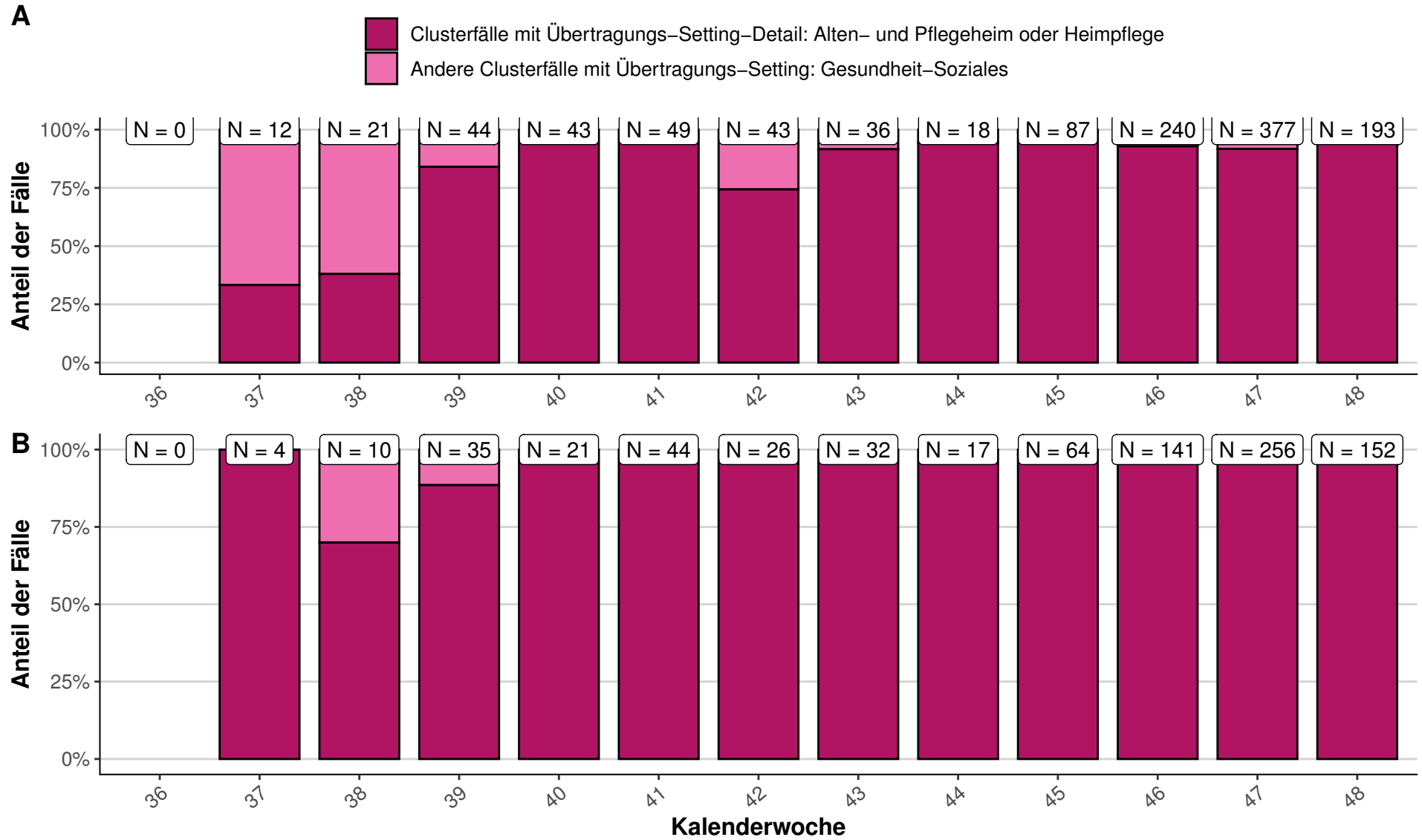


Abbildung 100: Wien, Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle) für die Zeitperiode KW 36 bis KW 48.

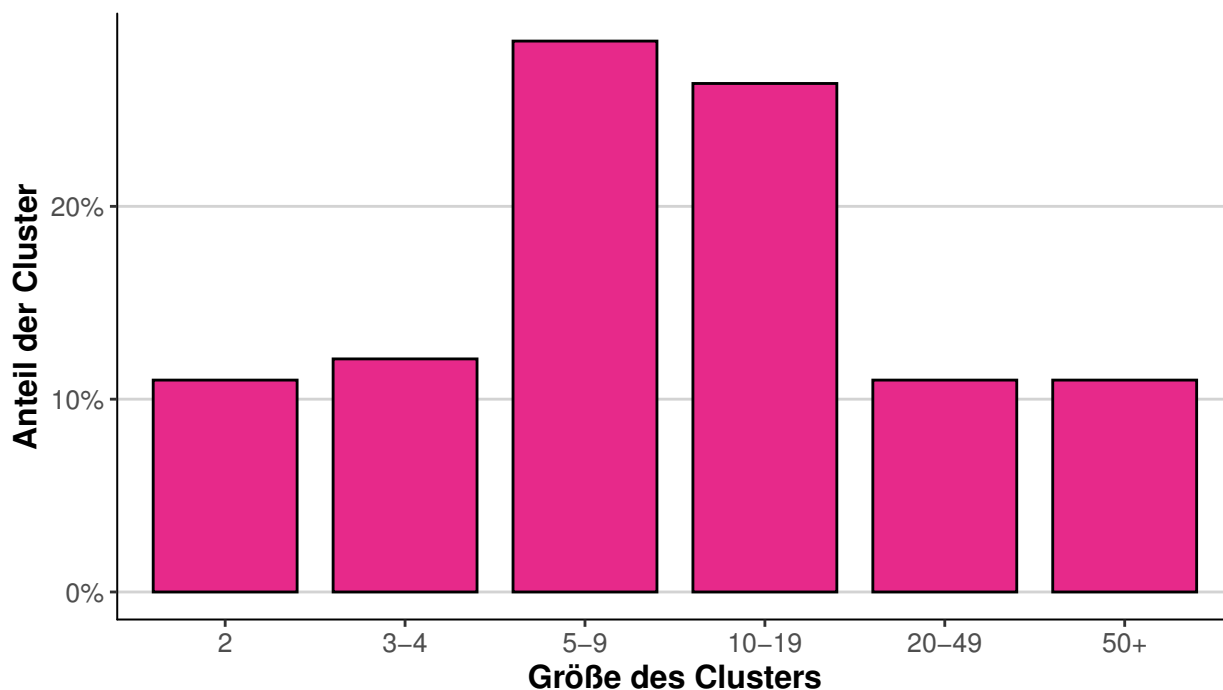


Abbildung 101: Wien, Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales zu reinen Haushalts- bzw. reinen Bildungsclustern nach Größe (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36 bis KW 48.



Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der Maßnahmen gegen die Verbreitung von COVID-19 getroffen werden (2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung – 2. COVID-19-SchuMaV)

Auf Grund der §§ 3 Abs. 1, 4 Abs. 1 und 5 Abs. 1 des COVID-19-Maßnahmegesetzes, BGBl. I Nr. 12/2020, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 104/2020, sowie des § 15 des Epidemiegesetzes 1950, BGBl. Nr. 186/1950, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 104/2020, wird im Einvernehmen mit dem Hauptausschuss des Nationalrats verordnet:

Inhaltsverzeichnis

Paragraf	Bezeichnung
§ 1.	Öffentliche Orte
§ 2.	Ausgangsregelung
§ 3.	Massenbeförderungsmittel
§ 4.	Fahrgemeinschaften, Gelegenheitsverkehr, Seil- und Zahnradbahnen
§ 5.	Kundenbereiche
§ 6.	Ort der beruflichen Tätigkeit
§ 7.	Gastgewerbe
§ 8.	Beherbergungsbetriebe
§ 9.	Sportstätten
§ 10.	Alten-, Pflege- und Behindertenheime
§ 11.	Krankenanstalten und Kuranstalten und sonstige Orte, an denen Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden
§ 12.	Freizeit- und Kultureinrichtungen
§ 13.	Veranstaltungen
§ 14.	Sportveranstaltungen im Spitzensport
§ 15.	Betreten
§ 16.	Ausnahmen
§ 17.	Glaubhaftmachung
§ 18.	Grundsätze bei der Mitwirkung nach § 6 COVID-19-MG und § 28a EpiG
§ 19.	ArbeitnehmerInnenschutz und Bundesbedienstetenschutz
§ 20.	Inkrafttreten

Öffentliche Orte

§ 1. (1) Beim Betreten öffentlicher Orte im Freien ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten.

(2) Beim Betreten öffentlicher Orte in geschlossenen Räumen ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten und eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen.

Ausgangsregelung

§ 2. (1) Zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 ist das Verlassen des eigenen privaten Wohnbereichs und das Verweilen außerhalb des eigenen privaten Wohnbereichs von 20.00 Uhr bis 06.00 Uhr des folgenden Tages nur zu folgenden Zwecken zulässig:

1. Abwendung einer unmittelbaren Gefahr für Leib, Leben und Eigentum,
2. Betreuung von und Hilfeleistung für unterstützungsbedürftige Personen sowie Ausübung familiärer Rechte und Erfüllung familiärer Pflichten,
3. Deckung der notwendigen Grundbedürfnisse des täglichen Lebens, wie insbesondere
 - a) der Kontakt mit
 - aa) dem nicht im gemeinsamen Haushalt lebenden Lebenspartner,
 - bb) einzelnen engsten Angehörigen (Eltern, Kinder und Geschwister),
 - cc) einzelnen wichtigen Bezugspersonen, mit denen in der Regel mehrmals wöchentlich physischer oder nicht-physischer Kontakt gepflegt wird,
 - b) die Versorgung mit Grundgütern des täglichen Lebens,
 - c) die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen oder die Vornahme einer

- Testung auf COVID-19 im Rahmen von Screeningprogrammen,
 - d) die Deckung eines Wohnbedürfnisses,
 - e) die Befriedigung religiöser Grundbedürfnisse, wie Friedhofsbesuche und individuelle Besuche von Orten der Religionsausübung, sowie
 - f) die Versorgung von Tieren,
 - 4. berufliche Zwecke und Ausbildungszwecke, sofern dies erforderlich ist,
 - 5. Aufenthalt im Freien alleine, mit Personen aus dem gemeinsamen Haushalt oder Personen gemäß Z 3 lit. a zur körperlichen und psychischen Erholung,
 - 6. zur Wahrnehmung von unaufschiebbaren behördlichen oder gerichtlichen Wegen, einschließlich der Teilnahme an öffentlichen Sitzungen der allgemeinen Vertretungskörper und an mündlichen Verhandlungen der Gerichte und Verwaltungsbehörden zur Wahrung des Grundsatzes der Öffentlichkeit,
 - 7. zur Teilnahme an gesetzlich vorgesehenen Wahlen und zum Gebrauch von gesetzlich vorgesehenen Instrumenten der direkten Demokratie,
 - 8. zum Zweck des zulässigen Betretens von Kundenbereichen von Betriebsstätten gemäß den §§ 5, 7 und 8 sowie bestimmten Orten gemäß den §§ 9, 10 und 11, und
 - 9. zur Teilnahme an Veranstaltungen gemäß § 13 Abs. 3 Z 1 bis 9 und § 14.
- (2) Zum eigenen privaten Wohnbereich zählen auch Wohneinheiten in Beherbergungsbetrieben sowie in Alten-, Pflege- und Behindertenheimen.
- (3) Kontakte im Sinne von Abs. 1 Z 3 lit. a und Abs. 1 Z 5 dürfen nur stattfinden, wenn daran
1. auf der einen Seite Personen aus höchstens einem Haushalt gleichzeitig beteiligt sind und
 2. auf der anderen Seite nur eine Person beteiligt ist.

Massenbeförderungsmittel

§ 3. In Massenbeförderungsmitteln und den dazugehörigen U-Bahn-Stationen, Bahnsteigen, Haltestellen, Bahnhöfen und Flughäfen zuzüglich deren Verbindungsbauwerke ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten und eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen. Ist auf Grund der Anzahl der Fahrgäste sowie beim Ein- und Aussteigen die Einhaltung des Abstands von mindestens einem Meter nicht möglich, kann davon ausnahmsweise abgewichen werden.

Fahrgemeinschaften, Gelegenheitsverkehr, Seil- und Zahnradbahnen

§ 4. (1) Die gemeinsame Benützung von Kraftfahrzeugen durch Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ist nur zulässig, wenn in jeder Sitzreihe einschließlich dem Lenker nur zwei Personen befördert werden. Gleiches gilt auch für Taxis und taxiähnliche Betriebe sowie an Bord von Luftfahrzeugen, welche nicht als Massenbeförderungsmittel gelten. Zusätzlich ist eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen.

(2) Bei der Beförderung von Menschen mit Behinderungen, von Schülern und von Kindergartenkindern kann für Taxis, taxiähnliche Betriebe und Schülertransporte im Sinne der §§ 30a ff des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376/1967, von Abs. 1 Satz 1 abgewichen werden, wenn dies auf Grund der Anzahl der Fahrgäste erforderlich ist.

(3) Die Benützung von Seil- und Zahnradbahnen ist nur zu den in § 2 Abs. 1 Z 1 bis 4 und 6 bis 9 genannten Zwecken oder zum Zweck der Ausübung von Sport durch Sportler gemäß § 9 Abs. 2 zulässig. § 3 ist sinngemäß anzuwenden.

Kundenbereiche

§ 5. (1) Das Betreten des Kundenbereichs von Betriebsstätten ist unter folgenden Voraussetzungen zulässig:

1. Gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ist ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten.
2. Kunden haben eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen.
3. Der Betreiber hat sicherzustellen, dass er und seine Mitarbeiter bei Kundenkontakt eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung tragen, sofern zwischen den Personen keine sonstige geeignete Schutzvorrichtung zur räumlichen Trennung vorhanden ist, die das gleiche Schutzniveau gewährleistet.
4. Der Betreiber hat durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass sich maximal so viele Kunden gleichzeitig im Kundenbereich aufhalten, dass pro Kunde 10 m² zur Verfügung stehen;

ist der Kundenbereich kleiner als 10 m², so darf jeweils nur ein Kunde den Kundenbereich der Betriebsstätte betreten. Bei Betriebsstätten ohne Personal ist auf geeignete Weise auf diese Voraussetzung hinzuweisen.

(2) Das Betreten von baulich verbundenen Betriebsstätten (z. B. Einkaufszentren, Markthallen) ist nur unter folgenden Voraussetzungen zulässig:

1. Abs. 1 Z 4 gilt mit der Maßgabe, dass
 - a) bei Einkaufszentren die Flächen der Kundenbereiche der Betriebsstätten ohne Berücksichtigung des Verbindungsbauwerks zusammenzuzählen sind und dass sich sowohl im Kundenbereich der jeweiligen Betriebsstätten als auch im Verbindungsbauwerk maximal so viele Kunden gleichzeitig aufhalten dürfen, dass pro Kunde 10 m² der so ermittelten Fläche zur Verfügung stehen,
 - b) bei Markthallen die Flächen der Kundenbereiche der Betriebsstätten und des Verbindungsbauwerks zusammenzuzählen sind und dass sich sowohl auf der so ermittelten Fläche als auch im Kundenbereich der jeweiligen Betriebsstätten maximal so viele Kunden gleichzeitig aufhalten dürfen, dass pro Kunde 10 m² der so ermittelten Fläche bzw. des Kundenbereichs der Betriebsstätte zur Verfügung stehen.
2. Das Betreten der Verbindungsbauwerke einschließlich Gang-, Aufzugs-, Stiegen- und sonstiger allgemein zugänglicher Bereiche ist für Kunden ausschließlich zum Zweck des Durchgangs zu den Kundenbereichen der Betriebsstätten zulässig.
3. Die Konsumation von Speisen und Getränken ist verboten.
4. Der Betreiber von baulich verbundenen Betriebsstätten hat basierend auf einer Risikoanalyse ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes COVID-19-Präventionskonzept zur Minimierung des Infektionsrisikos auszuarbeiten und umzusetzen. Das COVID-19-Präventionskonzept hat insbesondere zu enthalten:
 - a) spezifische Hygienevorgaben,
 - b) Regelungen zum Verhalten bei Auftreten einer SARS-CoV-2-Infektion,
 - c) Risikoanalyse,
 - d) Regelungen betreffend die Nutzung sanitärer Einrichtungen,
 - e) Regelungen betreffend die Verabreichung von Speisen und Getränken,
 - f) Regelungen zur Steuerung der Kundenströme und Regulierung der Anzahl der Kunden,
 - g) Entzerrungsmaßnahmen, wie Absperrungen und Bodenmarkierungen,
 - h) Vorgaben zur Schulung der Händler und Betreiber von Gastgewerben in Bezug auf Hygienemaßnahmen,
 - i) Regelungen zur Verhinderung veranstaltungsähnlicher Zusammenkünfte.

Der Betreiber von baulich verbundenen Betriebsstätten hat die Einhaltung dieser Bestimmungen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen.

(3) Kann auf Grund der Eigenart der Dienstleistung

1. der Mindestabstand von einem Meter zwischen Kunden und Dienstleister und/oder
2. vom Kunden das Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden und eng anliegenden mechanischen Schutzvorrichtung nicht eingehalten werden,

ist diese nur zulässig, wenn durch sonstige geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko minimiert werden kann.

(4) Das Betreten von Betriebsstätten zur Inanspruchnahme von Dienstleistungen, auf Grund deren Eigenart der Mindestabstand von einem Meter nicht eingehalten werden kann, ist nur zulässig, sofern während der Dienstleistungserbringung keine Speisen und Getränke konsumiert werden.

(5) Abs. 1 Z 1 bis 3 ist sinngemäß anzuwenden auf

1. Märkte im Freien,
2. Verwaltungsbehörden und Verwaltungsgerichte bei Parteienverkehr sowie
3. geschlossene Räume von Einrichtungen zur Religionsausübung.

(6) Abs. 1 Z 1 bis 4 ist sinngemäß anzuwenden auf

1. Museen, Kunsthallen und kulturelle Ausstellungshäuser,
2. Bibliotheken,
3. Büchereien und
4. Archive.

(7) Der Betreiber von Betriebsstätten des Handels, die dem Verkauf von Waren dienen, darf das Betreten des Kundenbereichs dieser Betriebsstätten für Kunden längstens bis 19.00 Uhr zulassen. Restriktivere Öffnungszeitenregeln aufgrund anderer Rechtsvorschriften bleiben unberührt.

(8) Abs. 7 gilt nicht für

1. Stromtankstellen,
2. Betriebsstätten gemäß § 2 Z 1, 3 und 4 sowie § 7 Z 1 und 3 des Öffnungszeitengesetzes 2003, BGBl. I Nr. 48/2003, und
3. das Betreten von Apotheken während der Bereitschaftsdienste gemäß § 8 des Apothekengesetzes, RGBl. Nr. 5/1907.

Ort der beruflichen Tätigkeit

§ 6. (1) Beim Betreten von Arbeitsorten ist darauf zu achten, dass die berufliche Tätigkeit vorzugsweise außerhalb der Arbeitsstätte erfolgen soll, sofern dies möglich ist und Arbeitgeber und Arbeitnehmer über die Arbeitsverrichtung außerhalb der Arbeitsstätte ein Einvernehmen finden.

(2) Am Ort der beruflichen Tätigkeit ist zwischen Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten, sofern nicht durch geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko minimiert werden kann.

(3) Kann der Abstand von mindestens einem Meter zwischen den Personen nicht eingehalten werden, ist eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen oder durch sonstige geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko zu minimieren, etwa durch technische oder organisatorische Schutzmaßnahmen, wie das Bilden von festen Teams oder die Anbringung von Trennwänden oder Plexiglaswänden. Darüber hinaus können zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer strengere Vereinbarungen zum Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden und eng anliegenden mechanischen Schutzvorrichtung getroffen werden.

(4) Das Betreten von Arbeitsorten an denen Dienstleistungen erbracht werden, auf Grund deren Eigenart der Mindestabstand von einem Meter nicht eingehalten werden kann, ist nur zulässig, sofern während der Dienstleistungserbringung keine Speisen und Getränke konsumiert werden.

(5) Abs. 2 bis 4 gilt auch für auswärtige Arbeitsstellen gemäß § 2 Abs. 3 letzter Satz des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes (ASchG), BGBl. Nr. 450/1994.

(6) Die Abs. 2 und 3 sind sinngemäß auf Fahrzeuge des Arbeitgebers anzuwenden, wenn diese zu beruflichen Zwecken verwendet werden.

Gastgewerbe

§ 7. (1) Das Betreten und Befahren von Betriebsstätten sämtlicher Betriebsarten der Gastgewerbe zum Zweck des Erwerbs von Waren oder der Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gastgewerbes ist untersagt.

(2) Abs. 1 gilt nicht für Gastgewerbebetriebe, die innerhalb folgender Einrichtungen betrieben werden:

1. Krankenanstalten und Kuranstalten,
2. Alten-, Pflege- und Behindertenheimen,
3. Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung von Kindern und Jugendlichen einschließlich Schulen und Kindergärten,
4. Betrieben,

wenn diese ausschließlich durch die dort betreuten, untergebrachten oder nicht zum bloßen Besuch aufhältigen Personen oder durch Betriebsangehörige genutzt werden.

(3) Abs. 1 gilt nicht für Beherbergungsbetriebe, wenn in der Betriebsstätte Speisen und Getränke ausschließlich an Beherbergungsgäste verabreicht bzw. ausgedient werden. Die Verabreichung und Konsumation hat tunlichst in der Wohneinheit zu erfolgen.

(4) Abs. 1 gilt nicht für öffentliche Verkehrsmittel, wenn dort Speisen und Getränke ausschließlich an Benutzer des öffentlichen Verkehrsmittels verabreicht bzw. ausgedient werden.

(5) Hinsichtlich der Ausnahmen gemäß Abs. 2 bis 4 gilt:

1. Gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ist ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten und – ausgenommen während des Verweilens am Verabreichungsplatz – eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen.

2. Der Betreiber hat sicherzustellen, dass die Konsumation von Speisen und Getränken nicht in unmittelbarer Nähe der Ausgabestelle erfolgt.
3. Speisen und Getränke dürfen in der Betriebsstätte nur im Sitzen an Verabreichungsplätzen konsumiert werden. Der Betreiber hat die Verabreichungsplätze so einzurichten, dass zwischen den Personengruppen ein Abstand von mindestens einem Meter besteht. Dies gilt nicht, wenn durch geeignete Schutzmaßnahmen zur räumlichen Trennung das Infektionsrisiko minimiert werden kann.
4. Der Betreiber und seine Mitarbeiter haben bei Kundenkontakt eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen, sofern zwischen den Personen keine sonstige geeignete Schutzvorrichtung zur räumlichen Trennung vorhanden ist, die das gleiche Schutzniveau gewährleistet.
5. Selbstbedienung ist zulässig, sofern durch besondere hygienische Vorkehrungen das Infektionsrisiko minimiert werden kann.

(6) Hinsichtlich der Ausnahmen gemäß Abs. 2 bis 4 darf der Betreiber das Betreten und das Befahren der Betriebsstätte nur im Zeitraum zwischen 06.00 und 19.00 Uhr zulassen. In Betrieben ist das Betreten durch Betriebsangehörige im Schichtbetrieb durchgehend zulässig. Restriktivere Sperrstunden und Aufsperrstunden aufgrund anderer Rechtsvorschriften bleiben unberührt.

(7) Abweichend von Abs. 1 ist die Abholung von Speisen und alkoholfreien sowie in handelsüblich verschlossenen Gefäßen abgefüllten alkoholischen Getränken zwischen 06.00 und 19.00 Uhr zulässig. Die Speisen und Getränke dürfen nicht im Umkreis von 50 Metern um die Betriebsstätte konsumiert werden. Bei der Abholung ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten sowie eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen.

(8) Abs. 1 gilt nicht für Lieferservices.

Beherbergungsbetriebe

§ 8. (1) Das Betreten von Beherbergungsbetrieben zum Zweck der Inanspruchnahme von Dienstleistungen von Beherbergungsbetrieben ist untersagt.

(2) Beherbergungsbetriebe sind Unterkunftsstätten, die unter der Leitung oder Aufsicht des Unterkunftgebers oder eines von diesem Beauftragten stehen und zur entgeltlichen oder unentgeltlichen Unterbringung von Gästen zum vorübergehenden Aufenthalt bestimmt sind. Beaufsichtigte Camping- oder Wohnwagenplätze, sofern es sich dabei nicht um Dauerstellplätze handelt, sowie Schutzhütten gelten als Beherbergungsbetriebe.

(3) Abs. 1 gilt nicht für das Betreten eines Beherbergungsbetriebs

1. durch Personen, die sich zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Bestimmung bereits in Beherbergung befinden, für die im Vorfeld mit dem Unterkunftgeber vereinbarte Dauer der Beherbergung,
2. zum Zweck der Betreuung von und Hilfeleistung für unterstützungsbedürftige Personen,
3. aus unaufschiebbaren beruflichen Gründen,
4. zu Ausbildungszwecken gesetzlich anerkannter Einrichtungen,
5. zur Stillung eines dringenden Wohnbedürfnisses,
6. durch Kurgäste und Begleitpersonen in einer Kuranstalt, die gemäß § 42a des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, als Beherbergungsbetrieb mit angeschlossenem Ambulatorium gemäß § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG organisiert ist,
7. durch Patienten und Begleitpersonen in einer Einrichtung zur Rehabilitation, die als Beherbergungsbetrieb mit angeschlossenem Ambulatorium gemäß § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG organisiert ist,
8. durch Schüler zum Zweck des Schulbesuchs und Studenten zu Studienzwecken (Internate, Lehrlingswohnheime und Studentenheime).

(4) Der Gast hat in allgemein zugänglichen Bereichen gegenüber anderen Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben oder nicht zur Gästegruppe in der gemeinsamen Wohneinheit gehören, einen Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten. Dies gilt nicht, wenn durch geeignete Schutzmaßnahmen zur räumlichen Trennung das Infektionsrisiko minimiert werden kann.

(5) Beim Betreten allgemein zugänglicher Bereiche in geschlossenen Räumen ist eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen. Der Betreiber und seine Mitarbeiter haben bei Kundenkontakt eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende

und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen, sofern zwischen den Personen keine sonstige geeignete Schutzvorrichtung zur räumlichen Trennung vorhanden ist, die das gleiche Schutzniveau gewährleistet.

(6) Die Nächtigung in einem Schlaflager oder in Gemeinschaftsschlafräumen ist nur zulässig, wenn gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens 1,5 Meter eingehalten wird oder durch geeignete Schutzmaßnahmen zur räumlichen Trennung das Infektionsrisiko minimiert werden kann.

Sportstätten

§ 9. (1) Das Betreten von Sportstätten gemäß § 3 Z 11 des Bundes-Sportförderungsgesetzes 2017 (BSFG 2017), BGBl. I Nr. 100/2017, zum Zweck der Ausübung von Sport ist untersagt.

(2) Ausgenommen vom Verbot des Abs. 1 sind Betretungen von Sportstätten

1. durch Spitzensportler gemäß § 3 Z 6 BSFG 2017, auch aus dem Bereich des Behindertensportes, oder Sportler, die ihre sportliche Tätigkeit beruflich ausüben und daraus Einkünfte erzielen oder bereits an internationalen Wettkämpfen gemäß § 3 Z 5 BSFG 2017 teilgenommen haben, deren Betreuer und Trainer sowie Vertreter der Medien. Die Sportler haben zu Betreuern und Trainern sowie Vertretern der Medien einen Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten; für Betreuer, Trainer und Vertreter der Medien gilt § 6 sinngemäß.
2. im Freien durch nicht von Z 1 erfassten Personen. In diesem Fall dürfen die Sportstätten nur zum Zweck der Ausübung von Sport, bei dessen sportartspezifischer Ausübung es nicht zu Körperkontakt kommt, betreten werden. Geschlossene Räumlichkeiten der Sportstätte dürfen dabei nur betreten werden, soweit dies zur Ausübung des Sports im Freiluftbereich erforderlich ist. Das Verweilen in der Sportstätte ist mit der Dauer der Sportausübung beschränkt. § 1 und § 5 Abs. 1 Z 4 gelten sinngemäß.

(3) Bei der Ausübung von Mannschaftssport oder Sportarten, bei deren sportartspezifischer Ausübung es zu Körperkontakt kommt, durch Sportler gemäß Abs. 2 Z 1 ist vom verantwortlichen Arzt ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes COVID-19-Präventionskonzept zur Minimierung des Infektionsrisikos auszuarbeiten und dessen Einhaltung laufend zu kontrollieren. Vor erstmaliger Aufnahme des Trainings- und Wettkampfbetriebes ist durch einen molekularbiologischen Test oder einem Antigen-Test nachzuweisen, dass die Sportler SARS-CoV-2 negativ sind. Im Fall eines positiven Testergebnisses ist das Betreten von Sportstätten abweichend davon dennoch zulässig, wenn

1. jedenfalls mindestens 48 Stunden Symptomfreiheit nach abgelaufener Infektion vorliegt und
2. auf Grund der medizinischen Laborbefunde, insbesondere aufgrund des CT-Werts >30, davon ausgegangen werden kann, dass keine Ansteckungsgefahr mehr besteht.

Bei Bekanntwerden einer SARS-CoV-2-Infektion bei einem Sportler, Betreuer oder Trainer sind in den folgenden zehn Tagen nach Bekanntwerden der Infektion vor jedem Wettkampf alle Sportler, alle Betreuer und Trainer einer molekularbiologischen Testung oder einem Antigen-Test auf das Vorliegen von SARS-CoV-2 zu unterziehen.

(4) Das COVID-19-Präventionskonzept gemäß Abs. 3 hat zumindest Folgendes zu beinhalten:

1. Schulung von Sportlern und Betreuern in Hygiene, Verpflichtung zum Führen von Aufzeichnungen zum Gesundheitszustand,
2. Verhaltensregeln von Sportlern, Betreuern und Trainern außerhalb der Trainings- und Wettkampfzeiten,
3. Gesundheitschecks vor jeder Trainingseinheit und jedem Wettkampf,
4. Vorgaben für Trainings- und Wettkampfinfrastruktur,
5. Hygiene- und Reinigungsplan für Infrastruktur und Material,
6. Nachvollziehbarkeit von Kontakten im Rahmen von Trainingseinheiten und Wettkämpfen,
7. Regelungen zum Verhalten beim Auftreten von COVID-19-Symptomen,
8. bei Auswärtswettkämpfen Information der dort zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde, dass ein Erkrankungsfall an COVID-19 bei einem Sportler, Betreuer oder Trainer aufgetreten ist.

Alten-, Pflege- und Behindertenheime

§ 10. (1) Das Betreten von Alten-, Pflege- und Behindertenheimen ist untersagt.

(2) Abs. 1 gilt nicht für

1. Bewohner,

2. Personen, die zur Versorgung der Bewohner oder zum Betrieb der Einrichtung erforderlich sind, einschließlich des Personals des Hilfs- und Verwaltungsbereichs,
3. Besuche im Rahmen der Palliativ- und Hospizbegleitung, Seelsorge sowie zur Begleitung bei kritischen Lebensereignissen,
4. einen Besucher pro Bewohner pro Woche,
5. zusätzlich höchstens zwei Personen zum Besuch von unterstützungsbedürftigen Bewohnern pro Tag,
6. zusätzlich höchstens zwei Personen zur Begleitung minderjähriger Bewohner von Behindertenheimen pro Tag,
7. Bewohnervertreter gemäß Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG), BGBl. I Nr. 11/2004, Patienten- und Pflegeanwälte sowie Organe der Pflegeaufsicht zur Wahrnehmung der nach landesgesetzlichen Vorschriften vorgesehenen Aufgaben sowie eingerichtete Kommissionen zum Schutz und zur Förderung der Menschenrechte (Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, BGBl. III Nr. 190/2012).

(3) Beim Betreten von Alten-, Pflege- und Behindertenheimen gilt für Bewohner an allgemein zugänglichen und nicht zum Wohnbereich gehörigen Orten sowie für Besucher, Begleitpersonen und Mitarbeiter § 1 sinngemäß.

(4) Der Betreiber von Alten- und Pflegeheimen darf Mitarbeiter nur einlassen, wenn diese durchgehend eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung tragen. Der Betreiber von Alten- und Pflegeheimen darf Mitarbeiter ferner nur einlassen, wenn für diese einmal pro Woche ein Antigen-Test auf SARS-CoV-2 oder ein molekularbiologischer Test auf SARS-CoV-2 durchgeführt wird und dessen Ergebnis negativ ist. Im Fall eines positiven Testergebnisses kann das Einlassen abweichend davon dennoch erfolgen, wenn

1. jedenfalls mindestens 48 Stunden Symptomfreiheit nach abgelaufener Infektion vorliegt und
2. auf Grund der medizinischen Laborbefunde, insbesondere aufgrund des CT-Werts >30 , davon ausgegangen werden kann, dass keine Ansteckungsgefahr mehr besteht.

Stehen Tests nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung, sind vorrangig Mitarbeiter mit Bewohnerkontakt zu testen.

(5) Stehen Tests nach Abs. 4 nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung, darf der Betreiber Mitarbeiter nur einlassen, wenn die Mitarbeiter bei Kontakt mit Bewohnern durchgehend eine Corona SARS-CoV-2 Pandemie Atemschutzmaske (CPA) oder äquivalente bzw. höherem Standard entsprechende Maske tragen.

(6) Der Betreiber von Alten- und Pflegeheimen darf Bewohner zur Neuaufnahme nur einlassen, wenn diese ein negatives Ergebnis eines Antigen-Tests auf SARS-CoV-2, dessen Abnahme nicht mehr als 24 Stunden zurückliegen darf, oder eines molekularbiologischen Tests auf SARS-CoV-2, dessen Abnahme nicht mehr als 48 Stunden zurückliegen darf, vorweisen oder entsprechende Vorkehrungen gemäß Abs. 10 Z 9 und 10 getroffen werden.

(7) Der Betreiber von Alten- und Pflegeheimen hat Bewohner bei Wiederaufnahme nach zumindest 24-stündiger Abwesenheit binnen sieben Tagen einem Antigen-Test auf SARS-CoV-2 oder einem molekularbiologischen Test auf SARS-CoV-2 zu unterziehen.

(8) Der Betreiber von Alten- und Pflegeheimen darf Besucher und Begleitpersonen nur einlassen, wenn diese ein negatives Ergebnis eines Antigen-Tests auf SARS-CoV-2, dessen Abnahme nicht mehr als 24 Stunden zurückliegen darf, oder eines molekularbiologischen Tests auf SARS-CoV-2, dessen Abnahme nicht mehr als 48 Stunden zurückliegen darf, vorweisen. Wenn ein derartiges Testergebnis nicht vorgewiesen werden kann, darf der Betreiber Besucher und Begleitpersonen nur einlassen, wenn diese während des Besuchs bzw. Aufenthalts durchgehend eine Corona SARS-CoV-2 Pandemie Atemschutzmaske (CPA) oder äquivalente bzw. höherem Standard entsprechende Maske tragen, sofern zwischen Bewohner und Besucher bzw. Begleitpersonen keine sonstige geeignete Schutzvorrichtung zur räumlichen Trennung vorhanden ist, die das gleiche Schutzniveau gewährleistet. Stehen diese Masken nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung, darf der Betreiber abweichend davon Besucher und Begleitpersonen nur einlassen, wenn die Besucher bzw. Begleitpersonen während des Besuchs bzw. Aufenthalts durchgehend eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung tragen, sofern zwischen Bewohner und Besucher bzw. Begleitpersonen keine sonstige geeignete Schutzvorrichtung zur räumlichen Trennung vorhanden ist, die das gleiche Schutzniveau gewährleistet. Diese Anforderungen gelten auch für das Einlassen von nicht-medizinischen externen Dienstleistern, von Bewohnervertretern nach dem HeimAufG, Patienten- und Pflegeanwälten sowie

Organen der Pflegeaufsicht zur Wahrnehmung der nach landesgesetzlichen Vorschriften vorgesehenen Aufgaben und Mitglieder von eingerichteten Kommissionen zum Schutz und zur Förderung der Menschenrechte (Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, BGBl. III Nr. 190/2012).

(9) Für Seelsorger gilt Abs. 4 sinngemäß.

(10) Die in Alten-, Pflege- und Behindertenheimen vorgesehenen Maßnahmen dürfen nicht unverhältnismäßig sein oder zu unzumutbaren Härtefällen führen.

(11) Der Betreiber von Alten-, Pflege- und Behindertenheimen hat basierend auf einer Risikoanalyse ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes COVID-19-Präventionskonzept zur Minimierung des Infektionsrisikos auszuarbeiten und umzusetzen. Das COVID-19-Präventionskonzept hat insbesondere zu enthalten:

1. spezifische Hygienevorgaben,
2. Regelungen zum Verhalten bei Auftreten einer SARS-CoV-2-Infektion,
3. Regelungen betreffend die Verabreichung von Speisen und Getränken,
4. Vorgaben zur Schulung der Mitarbeiter in Bezug auf Hygienemaßnahmen sowie in Bezug auf berufliches und privates Risikoverhalten, verpflichtende Dokumentation der Schulung,
5. Vorgaben für Betretungen durch externe Dienstleister, wobei der Betreiber nicht-medizinische externe Dienstleister nur dann in die Einrichtung einlassen darf, wenn diese zur Aufrechterhaltung des Betriebs unbedingt erforderlich sind,
6. spezifische Regelungen für Bewohner, denen gemäß § 16 Abs. 6 die Einhaltung der Vorgaben nicht zugemutet werden kann,
7. Regelungen zur Steuerung der Besuche, insbesondere Vorgaben zu Dauer der Besuche sowie Besuchsorten, verpflichtende Voranmeldung sowie Gesundheitschecks vor jedem Betreten der Einrichtung. Für Angehörige und Personen, die regelmäßige Unterstützungs- und Betreuungsaufgaben leisten, können von Abs. 7 abweichende, spezifische sowie situationsangepasste Vorgaben getroffen werden,
8. Vorgaben für die Abwicklung von Screeningprogrammen nach § 5a des Epidemiegesetzes 1950 (EpiG), BGBl. Nr. 186/1950,
9. Regelungen über die Aufnahme und Wiederaufnahme von Bewohnern, die positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden,
10. Regelungen über organisatorische, räumliche und personelle Vorkehrungen zur Durchführung von Quarantänemaßnahmen für Bewohner.

Das COVID-19-Präventionskonzept kann auch ein datenschutzkonformes System zur Nachvollziehbarkeit von Kontakten, wie beispielsweise ein System zur Erfassung von Anwesenheiten auf freiwilliger Basis der Besucher bzw. Begleitpersonen, beinhalten.

Krankenanstalten und Kuranstalten und sonstige Orte, an denen Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden

§ 11. (1) Das Betreten von Krankenanstalten und Kuranstalten ist untersagt.

(2) Abs. 1 gilt nicht für

1. Patienten,
2. Personen, die zur Versorgung der Patienten oder zum Betrieb der Einrichtung erforderlich sind, einschließlich des Personals des Hilfs- und Verwaltungsbereichs,
3. einen Besucher pro Patient pro Woche, sofern der Patient in der Krankenanstalt oder Kuranstalt länger als eine Woche aufgenommen ist,
4. zusätzlich höchstens zwei Personen zur Begleitung oder zum Besuch minderjähriger Patienten pro Tag,
5. zusätzlich höchstens zwei Personen zur Begleitung unterstützungsbedürftiger Patienten pro Tag,
6. höchstens eine Person zur Begleitung bei Untersuchungen während der Schwangerschaft sowie vor und zu einer Entbindung und zum Besuch nach einer Entbindung,
7. Besuche im Rahmen der Palliativ- und Hospizbegleitung, Seelsorge sowie zur Begleitung bei kritischen Lebensereignissen,
8. Patientenanwälte nach dem Unterbringungsgesetz (UbG), BGBl. Nr. 155/1990, Bewohnervertreter gemäß HeimAufG, Patienten- und Pflegeanwälte zur Wahrnehmung der nach landesgesetzlichen Vorschriften vorgesehenen Aufgaben sowie eingerichtete Kommissionen zum Schutz und zur Förderung der Menschenrechte.

(3) Beim Betreten von Krankenanstalten und Kuranstalten und sonstigen Orten, an denen Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden, gilt für Besucher und Begleitpersonen § 5 Abs. 1 Z 1 bis 3 sinngemäß und für Gesundheits- und Pflegedienstleistungserbringer und deren Mitarbeiter sowie nicht-medizinische externe Dienstleister jeweils bei Patienten- und Besucherkontakt § 5 Abs. 1 Z 1 bis 3 und § 5 Abs. 3 sinngemäß. Darüber hinaus hat der Betreiber bzw. Dienstleistungserbringer unter Bedachtnahme auf die konkreten Verhältnisse durch geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko zu minimieren, soweit dies technisch möglich und zumutbar ist.

(4) Der Betreiber einer bettenführenden Krankenanstalt und einer bettenführenden Kuranstalt darf Mitarbeiter nur einlassen, wenn für diese einmal pro Woche ein molekularbiologischer Test auf SARS-CoV-2 oder ein Antigen-Test auf SARS-CoV-2 durchgeführt wird und dessen Ergebnis negativ ist. Im Fall eines positiven Testergebnisses kann das Einlassen abweichend davon dennoch erfolgen, wenn

1. jedenfalls mindestens 48 Stunden Symptombfreiheit nach abgelaufener Infektion vorliegt und
2. auf Grund der medizinischen Laborbefunde, insbesondere aufgrund des CT-Werts >30, davon ausgegangen werden kann, dass keine Ansteckungsgefahr mehr besteht.

Stehen Tests nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung, sind vorrangig Mitarbeiter mit Patientenkontakt zu testen.

(5) Stehen Tests nach Abs. 4 nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung, darf der Betreiber einer bettenführenden Krankenanstalt und einer bettenführenden Kuranstalt Mitarbeiter nur einlassen, wenn die Mitarbeiter bei Kontakt mit Patienten durchgehend eine Corona SARS-CoV-2 Pandemie Atemschutzmaske (CPA) oder äquivalente bzw. höherem Standard entsprechende Maske tragen.

(6) Abs. 4 und 5 gilt sinngemäß für Patientenanwälte nach UbG, Bewohnervertreter gemäß HeimAufG, Patienten- und Pflegeanwälte und Mitglieder von eingerichteten Kommissionen zum Schutz und zur Förderung der Menschenrechte (Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, BGBl. III Nr. 190/2012).

(7) Der Betreiber einer bettenführenden Krankenanstalt und bettenführenden Kuranstalt hat basierend auf einer Risikoanalyse ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes COVID-19-Präventionskonzept zur Minimierung des Infektionsrisikos auszuarbeiten und umzusetzen. Das COVID-19-Präventionskonzept hat insbesondere zu enthalten:

1. spezifische Hygienevorgaben,
2. Regelungen zum Verhalten bei Auftreten einer SARS-CoV-2-Infektion,
3. Regelungen betreffend die Verabreichung von Speisen und Getränken,
4. Vorgaben zur Schulung der Mitarbeiter in Bezug auf Hygienemaßnahmen sowie in Bezug auf berufliches und privates Risikoverhalten, verpflichtende Dokumentation der Schulung,
5. Vorgaben für Betretungen durch externe Dienstleister,
6. Regelungen zur Steuerung der Besuche, insbesondere Vorgaben zu maximaler Anzahl, Häufigkeit und Dauer der Besuche sowie Besuchsorten und Gesundheitschecks vor jedem Betreten der Einrichtung. Für Angehörige und Personen, die regelmäßige Unterstützungs- und Betreuungsaufgaben leisten, sind spezifische situationsangepasste Vorgaben zu treffen,
7. Vorgaben zur Teilnahme an Screeningprogrammen nach § 5a EpiG.

Das COVID-19-Präventionskonzept kann auch ein datenschutzkonformes System zur Nachvollziehbarkeit von Kontakten, wie beispielsweise ein System zur Erfassung von Anwesenheiten auf freiwilliger Basis der Besucher bzw. Begleitpersonen, beinhalten.

Freizeit- und Kultureinrichtungen

§ 12. (1) Das Betreten von Freizeit- und Kultureinrichtungen zum Zweck der Inanspruchnahme von Dienstleistungen dieser Einrichtungen ist untersagt.

(2) Als Freizeiteinrichtungen gelten Betriebe und Einrichtungen, die der Unterhaltung, der Belustigung oder der Erholung dienen. Freizeiteinrichtungen, deren Betreten gemäß Abs. 1 untersagt ist, sind insbesondere

1. Schaustellerbetriebe, Freizeit- und Vergnügungsparks,
2. Bäder und Einrichtungen gemäß § 1 Abs. 1 Z 1 bis 7 des Bäderhygienegesetzes (BHygG), BGBl. Nr. 254/1976; in Bezug auf Bäder gemäß § 1 Abs. 1 Z 6 BHygG (Bäder an Oberflächengewässern) gilt das Verbot gemäß Abs. 1 nicht, wenn in diesen Bädern ein Badebetrieb nicht stattfindet,
3. Tanzschulen,
4. Wettbüros, Automatenbetriebe, Spielhallen und Casinos,

5. Schaubergwerke,
6. Einrichtungen zur Ausübung der Prostitution,
7. Indoorspielplätze,
8. Paintballanlagen,
9. Museumsbahnen,
10. Tierparks und Zoos.

(3) Als Kultureinrichtungen gelten Einrichtungen, die der kulturellen Erbauung und der Teilhabe am kulturellen Leben dienen. Kultureinrichtungen, deren Betreten gemäß Abs. 1 untersagt ist, sind insbesondere:

1. Theater,
2. Konzertsäle und -arenen,
3. Kinos,
4. Varietees und
5. Kabarett,

nicht aber Museen, Kunsthallen, kulturelle Ausstellungshäuser, Bibliotheken, Büchereien und Archive.

Veranstaltungen

§ 13. (1) Veranstaltungen sind untersagt.

(2) Als Veranstaltung gelten insbesondere geplante Zusammenkünfte und Unternehmungen zur Unterhaltung, Belustigung, körperlichen und geistigen Ertüchtigung und Erbauung. Dazu zählen jedenfalls kulturelle Veranstaltungen, Sportveranstaltungen, Hochzeitsfeiern, Geburtstagsfeiern, Jubiläumsfeiern, Filmvorführungen, Fahrten mit Reisebussen oder Ausflugsschiffen zu touristischen Zwecken, Kongresse, Fach- und Publikumsmessen und Gelegenheitsmärkte.

(3) Abs. 1 gilt nicht für

1. unaufschiebbare berufliche Zusammenkünfte, wenn diese zur Aufrechterhaltung der beruflichen Tätigkeiten erforderlich sind und nicht in digitaler Form abgehalten werden können,
2. Versammlungen nach dem Versammlungsgesetz 1953, BGBl. Nr. 98/1953,
3. Veranstaltungen zur Religionsausübung,
4. unaufschiebbare Zusammenkünfte von Organen politischer Parteien, sofern eine Abhaltung in digitaler Form nicht möglich ist,
5. unaufschiebbare Zusammenkünfte von statutarisch notwendigen Organen juristischer Personen, sofern eine Abhaltung in digitaler Form nicht möglich ist,
6. unaufschiebbare Zusammenkünfte gemäß dem Arbeitsverfassungsgesetz, BGBl. Nr. 22/1974, sofern eine Abhaltung in digitaler Form nicht möglich ist,
7. Begräbnisse mit höchstens 50 Personen,
8. Proben und künstlerische Darbietungen ohne Publikum, die zu beruflichen Zwecken erfolgen,
9. Zusammenkünfte zu unbedingt erforderlichen beruflichen Aus- und Fortbildungszwecken, zur Erfüllung von erforderlichen Integrationsmaßnahmen nach dem Integrationsgesetz, BGBl. I Nr. 68/2017, und zu beruflichen Abschlussprüfungen, sofern eine Abhaltung in digitaler Form nicht möglich ist,
10. Zusammenkünfte von nicht mehr als sechs Personen, wobei diese nur aus zwei verschiedenen Haushalten stammen dürfen, zuzüglich deren minderjähriger Kinder oder Minderjähriger, denen gegenüber eine Aufsichtspflicht besteht, insgesamt höchstens jedoch sechs Minderjähriger,
11. den privaten Wohnbereich, mit Ausnahme von Orten, die nicht der Stillung eines unmittelbaren Wohnbedürfnisses dienen, wie insbesondere Garagen, Gärten, Schuppen oder Scheunen, und
12. Sportveranstaltungen im Spitzensport gemäß § 14.

(4) Beim Betreten von Orten zum Zweck der Teilnahme an Veranstaltungen gemäß Abs. 3 ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten und eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen.

(5) Für Zusammenkünfte zu Aus- und Fortbildungszwecken sowie für Zusammenkünfte gemäß Abs. 3 Z 1 im Kundenbereich von Betriebsstätten gilt § 5 Abs. 1 Z 4 nicht.

(6) Bei Proben und künstlerischen Darbietungen gemäß Abs. 3 Z 8 gelten § 6 und § 9 Abs. 3 letzter Satz sinngemäß. Basierend auf einer Risikoanalyse ist ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes

COVID-19-Präventionskonzept zur Minimierung des Infektionsrisikos auszuarbeiten und umzusetzen. Zudem ist ein COVID-19-Beauftragter zu bestellen. Das COVID-19-Präventionskonzept hat insbesondere zu enthalten:

1. spezifische Hygienevorgaben,
2. Regelungen zum Verhalten bei Auftreten einer SARS-CoV-2-Infektion,
3. Regelungen betreffend die Nutzung sanitärer Einrichtungen,
4. Regelungen zur Steuerung des Teilnehmeraufkommens,
5. Vorgaben zur Schulung der Teilnehmer in Bezug auf Hygienemaßnahmen.

Das COVID-19-Präventionskonzept kann auch ein datenschutzkonformes System zur Nachvollziehbarkeit von Kontakten, wie beispielsweise ein System zur Erfassung von Anwesenheiten auf freiwilliger Basis der Teilnehmer von Proben oder künstlerischen Darbietungen, beinhalten.

(7) Kann bei Zusammenkünften gemäß Abs. 3 Z 9 auf Grund der Eigenart der Aus- oder Fortbildung oder der Integrationsmaßnahme

1. der Mindestabstand von einem Meter zwischen Personen und/oder
2. von Personen das Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden und eng anliegenden mechanischen Schutzvorrichtung nicht eingehalten werden,

ist durch sonstige geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko zu minimieren.

Sportveranstaltungen im Spitzensport

§ 14. (1) Veranstaltungen, bei denen ausschließlich Spitzensportler gemäß § 3 Z 6 BStG 2017 Sport ausüben, sind in geschlossenen Räumen mit bis zu 100 und im Freiluftbereich mit bis zu 200 Sportlern zuzüglich der Trainer, Betreuer und sonstigen Personen, die für die Durchführung der Veranstaltung erforderlich sind, zulässig. Der Veranstalter hat für diese Personen basierend auf einer Risikoanalyse ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes COVID-19-Präventionskonzept zur Minimierung des Infektionsrisikos auszuarbeiten und umzusetzen.

(2) Das COVID-19-Präventionskonzept gemäß Abs. 1 hat bei Mannschaftssportarten oder bei Sportarten, bei deren sportartspezifischer Ausübung es zu Körperkontakt kommt, dem § 9 Abs. 4 zu entsprechen. Für Individualsportarten hat das COVID-19-Präventionskonzept insbesondere zu enthalten:

1. Vorgaben zur Schulung der teilnehmenden Sportler, Betreuer und Trainer in Hygiene, Verpflichtung zum Führen von Aufzeichnungen zum Gesundheitszustand,
2. Verhaltensregeln von Sportlern, Betreuern und Trainern außerhalb der Trainings- und Wettkampfzeiten,
3. Gesundheitschecks vor jeder Trainingseinheit und jedem Wettkampf,
4. Regelungen zur Steuerung der Ströme der teilnehmenden Sportler, Betreuer und Trainer,
5. Regelungen betreffend die Nutzung sanitärer Einrichtungen,
6. Hygiene- und Reinigungsplan für Infrastruktur und Material,
7. Nachvollziehbarkeit von Kontakten im Rahmen von Trainingseinheiten und Wettkämpfen,
8. Regelungen zum Verhalten bei Auftreten einer SARS-CoV-2-Infektion.

(3) Durch ärztliche Betreuung und durch COVID-19-Testungen der Sportler, Betreuer und Trainer ist darauf hinzuwirken, dass das Infektionsrisiko minimiert wird. Für Betreuer, Trainer und sonstige Personen, die zur Durchführung der Veranstaltung erforderlich sind, gilt zudem § 6 sinngemäß, für die Sportler § 9 sinngemäß.

Betreten

§ 15. Als Betreten im Sinne dieser Verordnung gilt auch das Verweilen (§ 1 Abs. 2 des COVID-19-Maßnahmengesetzes [COVID-19-MG], BGBl. I Nr. 12/2020).

Ausnahmen

§ 16. (1) Diese Verordnung gilt nicht für

1. Elementare Bildungseinrichtungen, Schulen gemäß dem Schulorganisationsgesetz, BGBl. Nr. 242/1962, Art. V Z 2 der 5. SchOG-Novelle, BGBl. Nr. 323/1975, und dem Privatschulgesetz, BGBl. Nr. 244/1962, land- und forstwirtschaftliche Schulen, die regelmäßige Nutzung von Sportstätten im Rahmen des Regelunterrichts und Einrichtungen zur außerschulischen Kinderbetreuung,
2. Universitäten gemäß dem Universitätsgesetz 2002, BGBl. I Nr. 120/2002, und dem Privatuniversitätengesetz, BGBl. I Nr. 74/2011, Fachhochschulen gemäß dem Fachhochschul-Studiengesetz, BGBl. Nr. 340/1993, und Pädagogische Hochschulen gemäß dem

Hochschulgesetz 2005, BGBl. I Nr. 30/2006, einschließlich der Bibliotheken dieser Einrichtungen,

3. Tätigkeiten im Wirkungsbereich der Organe der Gesetzgebung und Vollziehung mit Ausnahme des Parteienverkehrs in Verwaltungsbehörden und Verwaltungsgerichten, sofern keine anderslautenden Regelungen im Bereich der Hausordnung bestehen.

(2) Beschränkungen gemäß § 2, Betretungsverbote sowie Bedingungen und Auflagen nach dieser Verordnung gelten nicht

1. zur Abwendung einer unmittelbaren Gefahr für Leib, Leben und Eigentum oder
2. zur Wahrnehmung der Aufsicht über minderjährige Kinder.

(3) Die Pflicht zum Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden und eng anliegenden mechanischen Schutzvorrichtung gilt nicht

1. für Kinder bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr,
2. für Personen, denen dies aus gesundheitlichen Gründen nicht zugemutet werden kann. Diesfalls darf auch eine nicht eng anliegende, aber den Mund- und Nasenbereich vollständig abdeckende mechanische Schutzvorrichtung getragen werden. Eine vollständige Abdeckung liegt vor, wenn die nicht eng anliegende Schutzvorrichtung bis zu den Ohren und deutlich unter das Kinn reicht. Sofern den Personen auch dies aus gesundheitlichen Gründen nicht zugemutet werden kann, gilt die Pflicht zum Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung nicht,
3. während der Konsumation von Speisen und Getränken, und
4. für gehörlose und schwer hörbehinderte Personen sowie deren Kommunikationspartner während der Kommunikation.

(4) Die Pflicht zur Einhaltung des Mindestabstandes nach dieser Verordnung gilt nicht

1. sofern zwischen den Personen geeignete Schutzvorrichtungen zur räumlichen Trennung vorhanden sind,
2. innerhalb des geschlossenen Klassen- oder Gruppenverbands von Einrichtungen gemäß Abs. 1 Z 1,
3. zwischen Menschen mit Behinderungen und deren Begleitpersonen, die persönliche Assistenz- oder Betreuungsleistungen erbringen,
4. wenn dies die Vornahme religiöser Handlungen erfordert,
5. in Luftfahrzeugen, die als Massenbeförderungsmittel gelten,
6. unter Wasser,
7. bei der Ausübung von Sport für erforderliche Sicherungs- und Hilfeleistungen,
8. zwischen Personen, die zeitweise gemeinsam in einem Haushalt leben und
9. zur Betreuung und Hilfeleistung von unterstützungsbedürftigen Personen.

(5) Die Pflicht zur Einhaltung des Abstandes gemäß § 5 Abs. 5 Z 2 gilt nicht, wenn dies zur Ausübung der Verwaltungstätigkeit in Ausübung des Parteienverkehrs erforderlich ist.

(6) § 10 Abs. 3 gilt nicht für Bewohner, denen es aus gesundheitlichen oder behinderungsspezifischen Gründen, insbesondere wegen dementieller Beeinträchtigung, nicht zugemutet werden kann, die Vorgaben einzuhalten.

Glaubhaftmachung

§ 17. (1) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2, § 4 Abs. 3 und § 16 ist auf Verlangen gegenüber

1. Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes,
2. Behörden und Verwaltungsgerichten bei Parteienverkehr und Amtshandlungen sowie
3. Inhabern einer Betriebsstätte oder eines Arbeitsortes sowie Betreibern eines Verkehrsmittels zur Wahrnehmung ihrer Pflicht gemäß § 8 Abs. 4 COVID-19-MG,

glaubhaft zu machen.

(2) Der Ausnahmegrund des § 16 Abs. 3, wonach aus gesundheitlichen Gründen das Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung nicht zugemutet werden kann, ist durch eine von einem in Österreich zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Arzt ausgestellte Bestätigung nachzuweisen.

(3) Wurde das Vorliegen eines Ausnahmegrundes gemäß Abs. 1 Z 3 glaubhaft gemacht, ist der Inhaber der Betriebsstätte oder des Arbeitsortes sowie der Betreiber eines Verkehrsmittels seiner Pflicht gemäß § 8 Abs. 4 des COVID-19-MG nachgekommen.

Grundsätze bei der Mitwirkung nach § 6 COVID-19-MG und § 28a EpiG

§ 18. Im Rahmen der Mitwirkung nach § 6 COVID-19-MG und § 28a EpiG haben die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes von Maßnahmen gegen Personen, die gegen eine Verhaltens- oder Unterlassungspflicht nach dieser Verordnung verstoßen, abzusehen, wenn der gesetzmäßige Zustand durch gelindere Mittel hergestellt werden kann oder diese Maßnahmen nicht verhältnismäßig wären. Die Entscheidung, ob von einer Maßnahme gemäß dem ersten Satz abzusehen ist, ist auf Grundlage der epidemiologischen Gefahrensituation im Zusammenhang mit COVID-19, insbesondere anhand von den örtlich zuständigen Gesundheitsbehörden zur Verfügung gestellten Informationen, zu treffen.

ArbeitnehmerInnenschutz und Bundesbedienstetenschutz

§ 19. Durch diese Verordnung werden das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, BGBl. Nr. 450/1994, und das Bundes-Bedienstetenschutzgesetz, BGBl. I Nr. 70/1999, nicht berührt.

Inkrafttreten

§ 20. (1) Diese Verordnung tritt mit 7. Dezember 2020 in Kraft und mit Ablauf des 23. Dezember 2020 außer Kraft.

(2) § 2 tritt mit Ablauf des 16. Dezember 2020 außer Kraft.

Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission

Utl.: Ergebnis der Corona-Kommissionssitzung vom 4. März

Die Corona-Kommission hat heute neuerlich die epidemiologische Entwicklung der vergangenen Tage bewertet und kommt zu dem Schluss, dass die Risikolage für ganz Österreich unverändert mit sehr hohem Risiko einzustufen ist.

Abweichend von der Einstufung auf Ebene des Bundes wurde das Risiko für das Bundesland Vorarlberg abermals mit hohem Risiko bewertet.

Die Corona Kommission kommt zum Schluss, dass das Infektionsgeschehen ausgehend von einem hohen Niveau in den meisten Bundesländern deutliche Anstiege zeigt, die sich gemäß Prognosen fortsetzen werden. Mit Ausnahme Vorarlbergs sind Infektionen mit der neuen Virusvariante N501Y (vorwiegend der „britischen“ Variante B.1.1.7 zuzuordnen) bereits dominant (größer als 50 %). Schätzungen des COVID Prognose Konsortiums ergeben, dass der aktuell zu beobachtende Fallanstieg stark mit der Variantenverbreitung assoziiert ist.

Die Corona Kommission empfiehlt daher weiterhin die notwendigen präventiven Maßnahmen zur Kontaktreduktion sowie regelmäßige, flächendeckende Testungen zu forcieren. Aspekte der psychosozialen Gesundheit sind bei allen Maßnahmen mit zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund unterstützt die Corona Kommission die geplanten Lockerungen für Kinder- und Jugendliche.

Bei anhaltenden Steigerungen des Infektionsgeschehens entsprechend der Simulationsrechnungen empfiehlt die Kommission weiterhin bereits gesetzte Lockerungsschritte zu überprüfen und ab einer bundesweiten 7-Tages-Inzidenz von >200/100.000 Einwohner diese auch gegebenenfalls zurückzunehmen. Die erneute Schließung von Bildungseinrichtungen sollte nur als Ultima Ratio in Betracht gezogen werden.

In 14 von 96 Bezirken/Regionen liegt die rohe 7-Tages-Inzidenz per 2.3. unter 100/100.000 Einwohnern und in weiteren 3 Bezirken/Regionen unter 50/100.000. Details sind den auf der Website corona-ampel.gv.at veröffentlichten Empfehlungen und Indikatoren zur Risikoeinstufung zu entnehmen.

Die Einschätzung der Corona Kommission erfolgte unter Berücksichtigung des Übertragungsrisikos, der Rückverfolgbarkeit der Übertragungsketten, der Testaktivität und der Ressourcenauslastung der Spitäler.

Die finale Ampelschaltung wird im Anschluss an die Kommissionssitzung auf corona-ampel.gv.at und im Teletext auf Seite 659 veröffentlicht.

Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission

Utl.: Ergebnis der Corona-Kommissionssitzung vom 18. März 2021

Die Corona-Kommission hat heute neuerlich die epidemiologische Entwicklung der vergangenen Tage bewertet und kommt zu dem Schluss, dass die Risikolage für ganz Österreich unverändert mit sehr hohem Risiko einzustufen ist.

Abweichend von der Einstufung auf Ebene des Bundes wurde das Risiko für das Bundesland Vorarlberg abermals mit hohem Risiko bewertet.

Die Corona Kommission kommt zu dem Schluss, dass das Infektionsgeschehen ausgehend von einem hohen Niveau in der Mehrheit der Bundesländer deutliche Anstiege zeigt, die sich gemäß Prognosen fortsetzen werden. Die Belastung des Gesundheitssystems ist im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Die COVID-spezifische Belastung der Intensivstationen lag per 17.3.2021 bei 19,7% bezogen auf alle gemeldeten Intensivbetten Österreichs und die Prognoserechnungen zeigen erneute Anstiege der Auslastung in den nächsten 2 Wochen.

Mit Ausnahme Vorarlbergs und Tirols sind Infektionen mit der Mutation N501Y (vorwiegend der so genannten britischen Variante B.1.1.7 zuzuordnen) dominant. Österreichweit betrug der Anteil rund 75 Prozent.

Die Corona Kommission empfiehlt, die notwendigen präventiven Maßnahmen zur Kontaktreduktion sowie regelmäßige, flächendeckende Testungen zu forcieren. Bei anhaltenden Steigerungen des Infektionsgeschehens empfiehlt die Kommission bereits gesetzte Lockerungsschritte zu überprüfen und diese bei weiterhin unkontrollierter Verbreitung auch gegebenenfalls regional auf Ebene einzelner Bundesländer oder Bezirke zurückzunehmen. Dem Offenhalten von Bildungseinrichtungen sollte oberste Priorität eingeräumt werden.

Weiterhin ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass die erforderliche Akzeptanz der Bevölkerung gewährleistet wird, um die notwendigen Rückgänge des Fallgeschehens erreichen zu können, indem einerseits die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen sichergestellt wird und andererseits auch die Kontrolle bzw. der Vollzug der Maßnahmen flächendeckend erfolgt.

Nur mehr in 6 von 96 Bezirken/Regionen liegt die rohe 7-Tages-Inzidenz per 16.3. unter 100/100.000 Einwohnern und in weiteren 2 Bezirken/Regionen unter 50/100.000. Details sind den auf der Website corona-ampel.gv.at veröffentlichten Empfehlungen und Indikatoren zur Risikoeinstufung zu entnehmen.

Die Einschätzung der Corona Kommission erfolgte unter Berücksichtigung des Übertragungsrisikos, der Rückverfolgbarkeit der Übertragungsketten, der Testaktivität und der Ressourcenauslastung der Spitäler.

Die finale Ampelschaltung wird im Anschluss an die Kommissionssitzung auf corona-ampel.gv.at und im Teletext auf Seite 659 veröffentlicht.

Covid-19, Österreich

AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance

26.11.2020 09:00 (auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 26.11.2020 07:00)

Österreich: 7-Tages-Inzidenz letzten 2 Wochen

Tabelle 1: 7-Tages Inzidenzen von SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose.

<i>Bundesland</i>	Donnerstag – Mittwoch		Mittwoch – Dienstag	
	<i>12.11.-18.11.</i>	<i>19.11.-25.11.</i>	<i>11.11.-17.11.</i>	<i>18.11.-24.11.</i>
Burgenland	408.24	315.18	391.26	324.35
Kärnten	654.92	513.10	717.81	539.65
Niederösterreich	374.10	308.80	394.47	311.23
Oberösterreich	678.53	523.06	699.60	563.38
Salzburg	720.44	616.21	768.79	617.29
Steiermark	414.96	375.40	449.70	368.10
Tirol	635.40	527.17	678.69	562.01
Vorarlberg	715.62	410.44	690.44	450.72
Wien	360.19	269.99	406.92	297.51
Österreich	505.85	401.17	537.13	420.07

Österreich: Zeitlicher Verlauf bis 26.11.2020

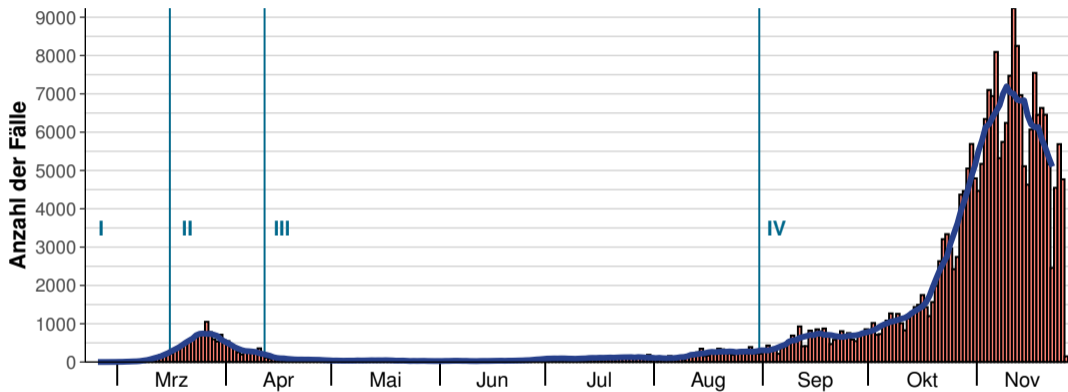
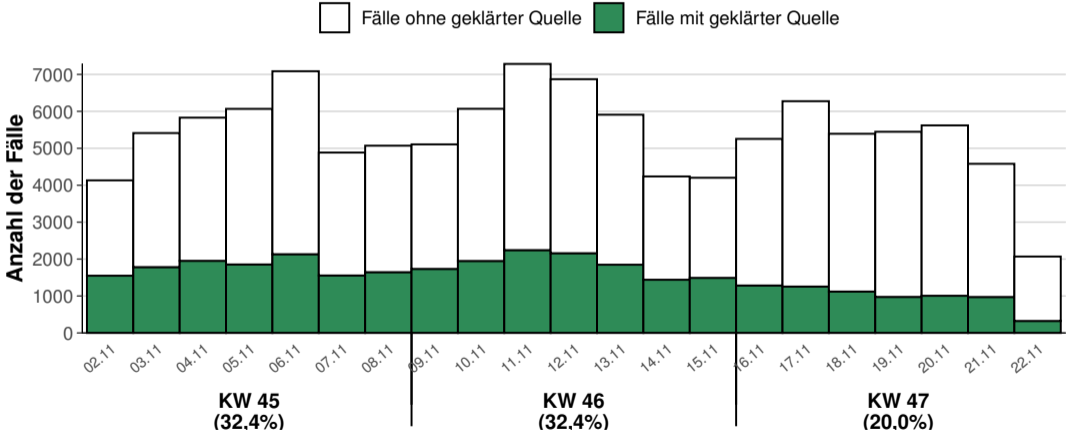


Abbildung 1: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung

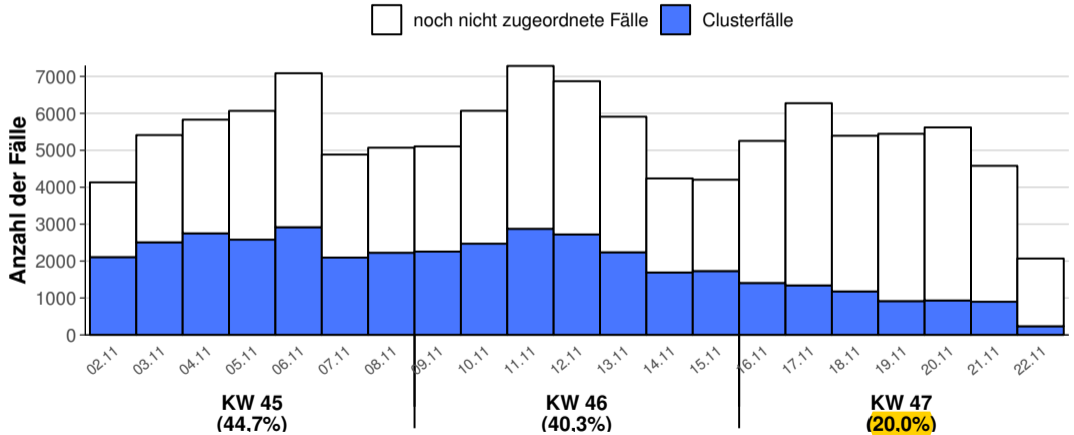
Österreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	42	43	44	45	46	47
Fälle Österreich (N)	9.746	18.120	31.583	44.722	47.910	40.770
Fälle Wien (N)	2.712	4.308	6.396	6.242	8.231	6.133
Fälle Österreich exkl. Wien (N)	7.034	13.812	25.187	38.480	39.679	34.637
Fälle ungeklärt (n)	2.399	6.534	14.313	26.005	26.813	27.693
Indexfälle ³ (n)	1.093	2.219	3.715	5.381	4.062	1.425
Anteil geklärt	65,9%	52,7%	43,2%	32,4%	32,4%	20,0%
Fälle geklärt (n)	4.635	7.278	10.874	12.475	12.866	6.944
Clusterfälle (n)	5.470	9.089	14.100	17.184	15.982	6.912
sporadisch importierte Fälle (n)	111	118	103	93	65	6
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	4.337	6.848	10.392	11.791	11.877	5.457
Haushalt	43,6%	44,4%	55,5%	64,0%	67,7%	73,2%
Freizeit	25,3%	23,5%	21,3%	20,1%	15,0%	4,0%
Gesundheit-Sozial	10,0%	13,3%	10,3%	10,3%	11,6%	19,6%
Arbeit	7,8%	7,5%	4,4%	2,9%	3,0%	1,6%
Hotel-Gastro	2,0%	1,1%	1,0%	0,6%	0,1%	0,0%
Bildung	8,2%	7,5%	5,5%	0,7%	2,1%	1,3%
Transport	0,3%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%
Reise	1,8%	1,4%	1,0%	0,9%	0,3%	0,2%
Haushalt (n)	1.893	3.041	5.767	7.544	8.043	3.992
Bildung (n)	356	516	573	86	251	73
Gesundheit-Sozial (n)	435	912	1.074	1.212	1.372	1.068
Reise (n)	79	98	101	107	41	11

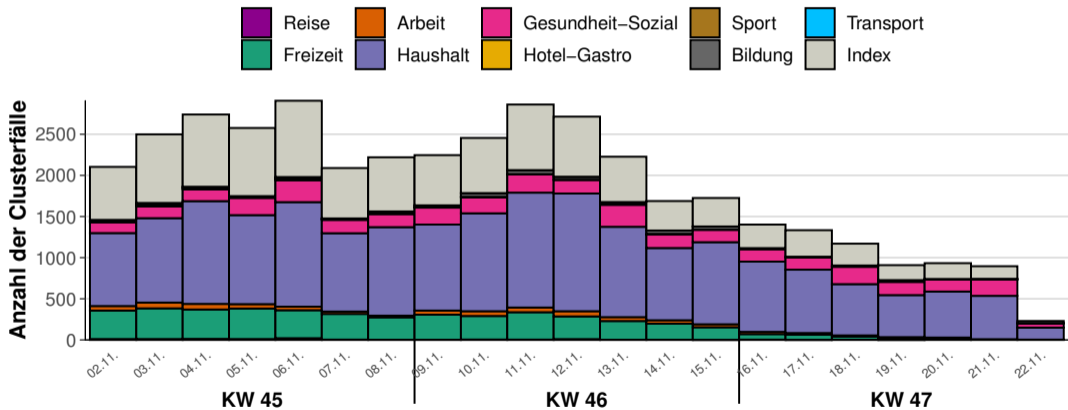
Österreich (exkl. Wien): Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Österreich: Altersverteilung I

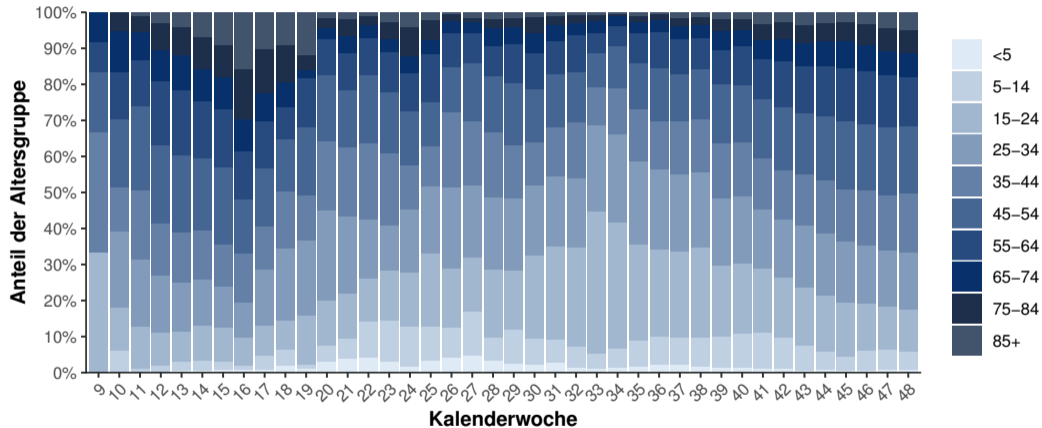


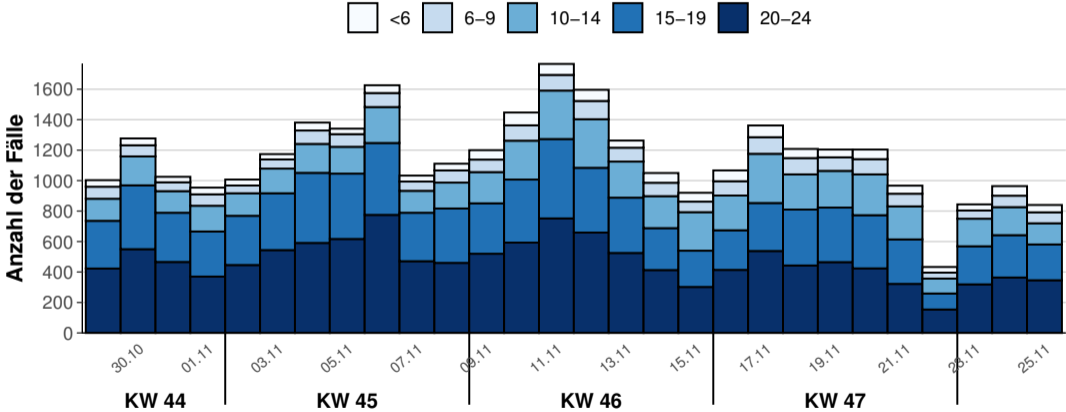
Abbildung 2: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.

Österreich: Altersverteilung II

Tabelle 2: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
40	5.589	14	37.6	63
41	7.488	14	39.7	70
42	9.746	15	40.9	70
43	18.120	17	42.3	72
44	31.583	18	43.0	71
45	44.722	19	43.9	71
46	47.910	18	44.3	73
47	40.770	18	45.1	76

Österreich: Verteilung der Infektionsfälle von unter 25-Jährigen nach Altersgruppe für die vergangenen 4 Wochen

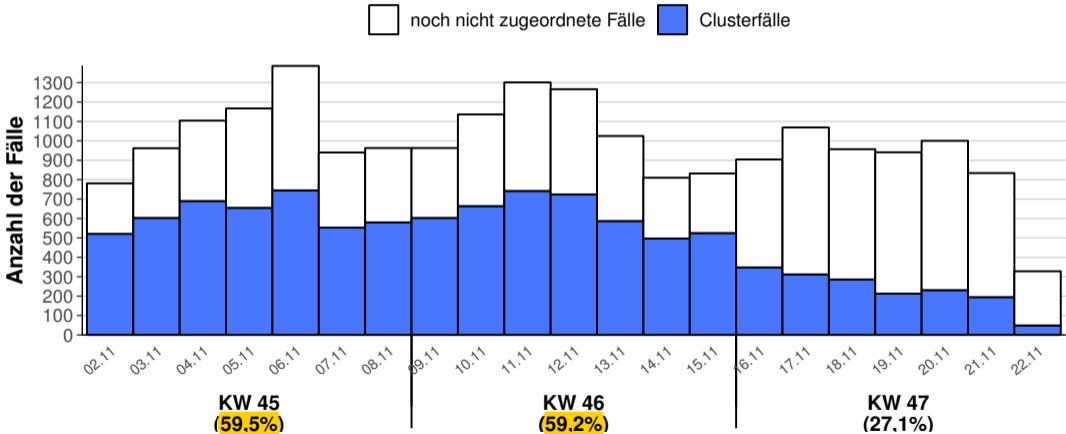


Österreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 46, KW 47)

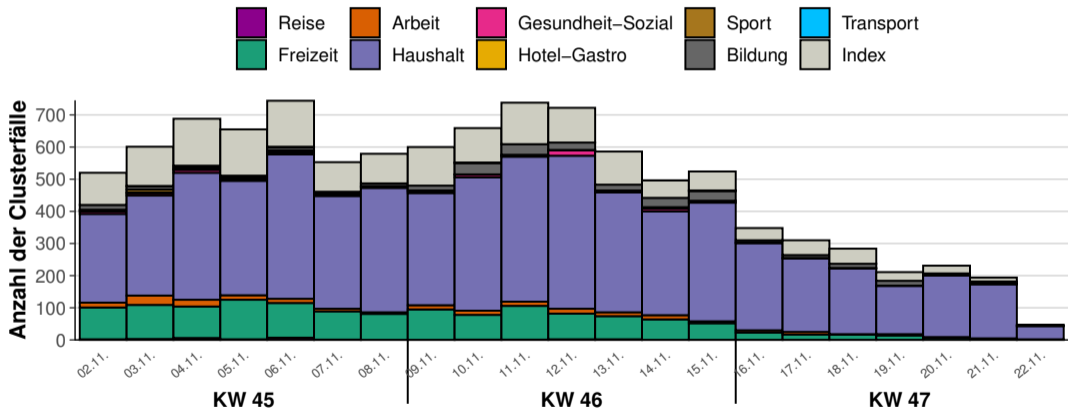
Tabelle 3: Verteilung der Infektionsfälle (KW 46 - 47 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 46							KW 47						
	klinische Manifestation							klinische Manifestation						
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	157	34,1	139	30,2	164	35,7	460	132	32,0	118	28,6	162	39,3	412
6-9	177	27,1	247	37,8	230	35,2	654	205	33,0	179	28,8	237	38,2	621
10-14	630	35,1	556	30,9	611	34,0	1797	523	32,6	467	29,1	616	38,4	1606
15-19	1095	42,7	470	18,3	1002	39,0	2567	843	41,2	277	13,5	926	45,3	2046
20-24	1747	46,4	437	11,6	1580	42,0	3764	1141	41,3	291	10,5	1328	48,1	2760
Total	3806	41,2	1849	20,0	3587	38,8	9242	2844	38,2	1332	17,9	3269	43,9	7445

Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Österreich: Inzidenz nach Bezirk

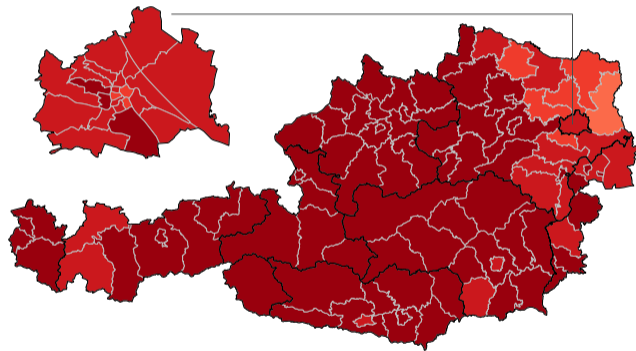
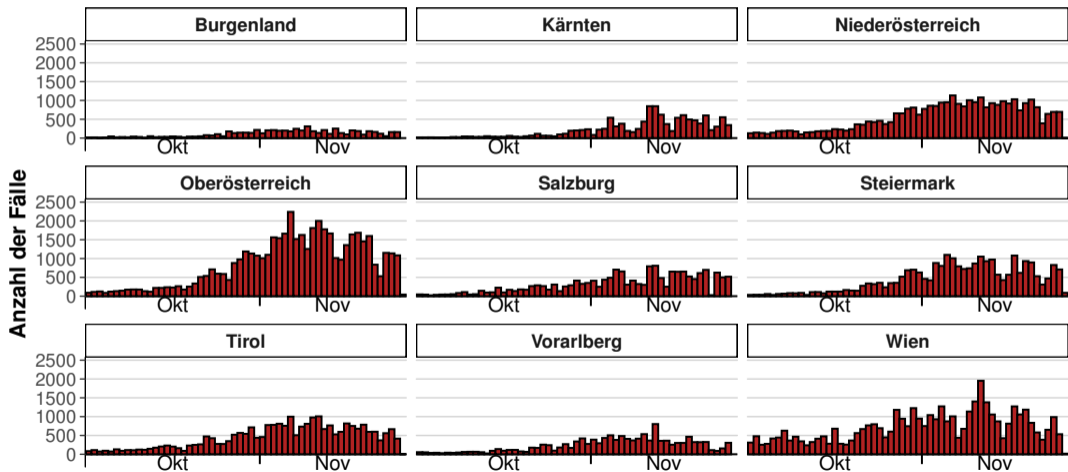


Abbildung 3: Kumulative Inzidenz/100.000 EW nach Bezirk der vergangenen 7 Tage (19.11.2020 – 25.11.2020) . Es gilt die regionale Falldefinition.

Österreich: Zeitlicher Verlauf der Bundesländer für die vergangenen acht Wochen (01.10.2020 – 26.11.2020)



Österreich: Epidemiologische Parameter I

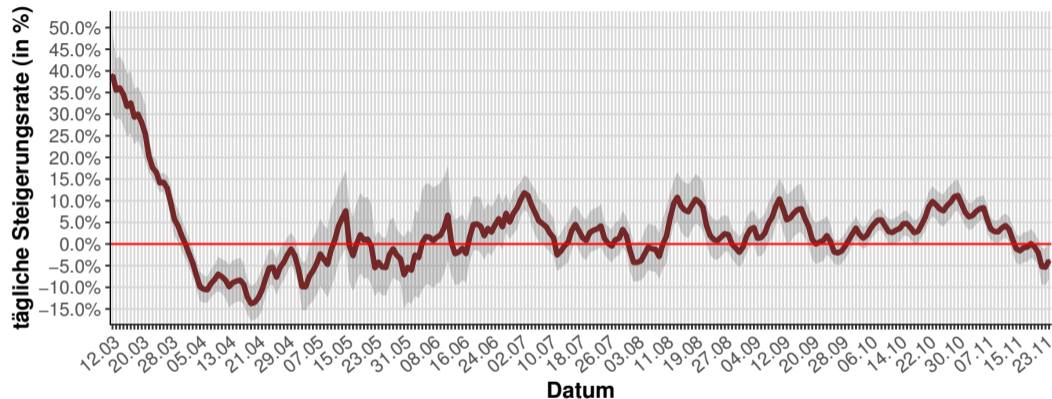


Abbildung 4: Modellierter täglicher Änderungsrate in % basierend auf den vorangegangenen 13 Tagen bezogen auf den Berichtstag. Fälle vom 25.11. und 26.11. sind exkludiert.

Österreich: Epidemiologische Parameter II

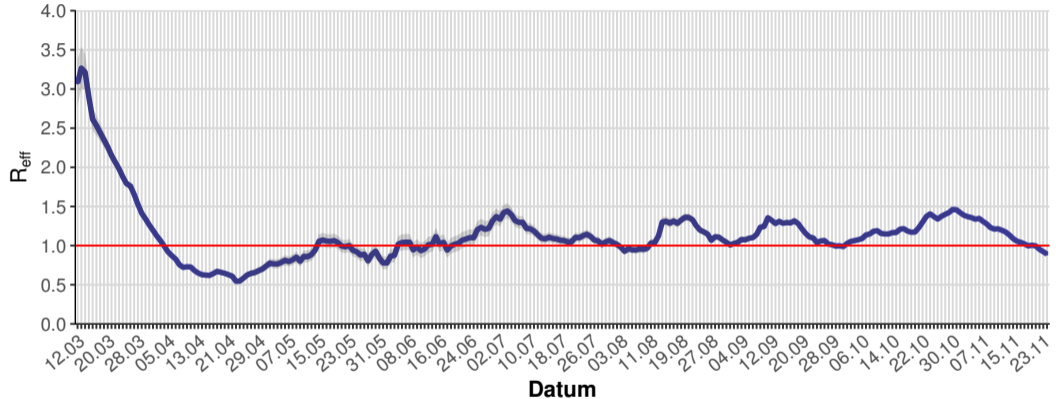


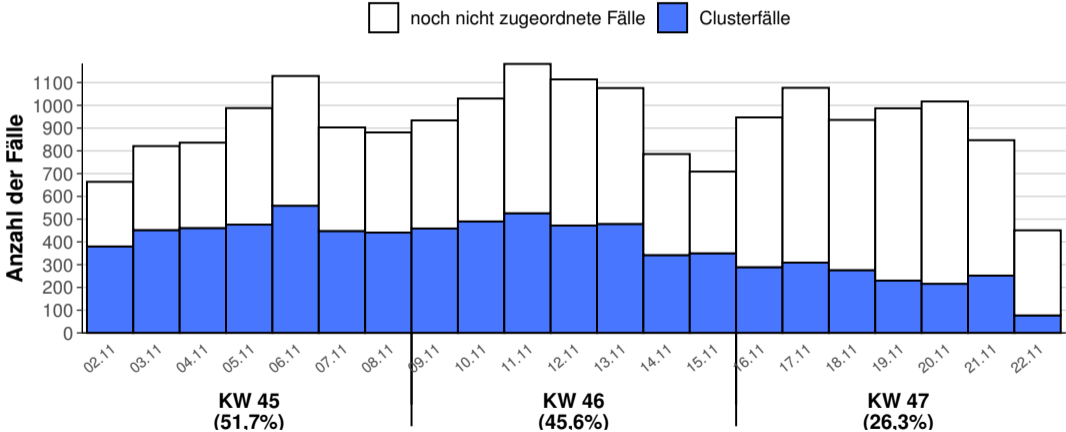
Abbildung 5: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 25.11. und 26.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten).

Österreich: Epidemiologische Parameter III

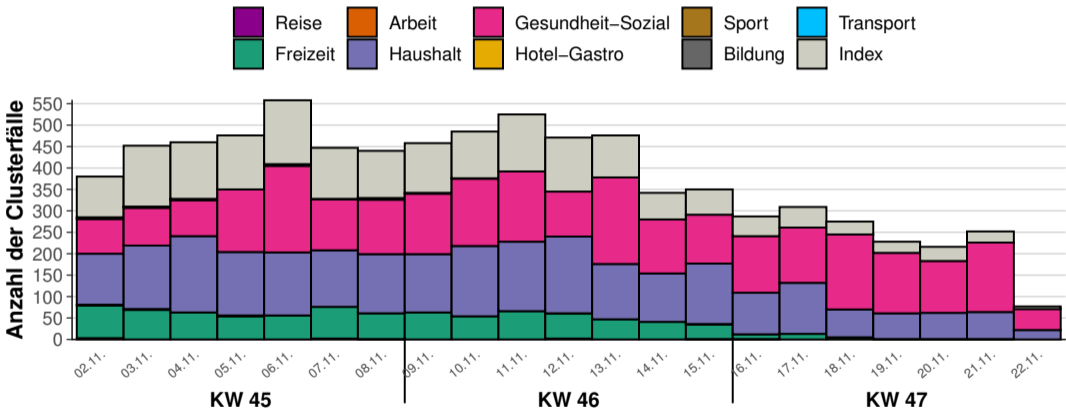
Tabelle 4: Schätzwerte des R_{eff} vom 15.11. bis zum 24.11.

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
15.11	1,09	(1,08 – 1,10)
16.11	1,06	(1,05 – 1,06)
17.11	1,04	(1,03 – 1,05)
18.11	1,02	(1,02 – 1,03)
19.11	1,00	(0,99 – 1,00)
20.11	1,00	(1,00 – 1,01)
21.11	1,00	(0,99 – 1,00)
22.11	0,95	(0,95 – 0,96)
23.11	0,92	(0,92 – 0,93)
24.11	0,89	(0,88 – 0,90)

Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Österreich (exkl. Wien): Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Zeitlicher Verlauf bis 26.11.2020

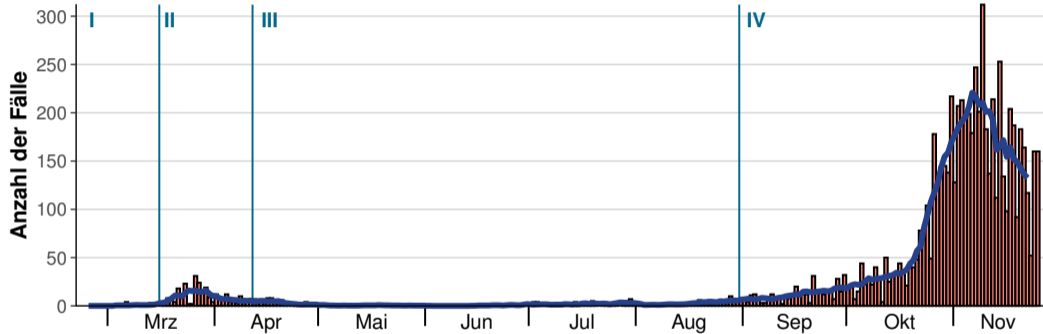


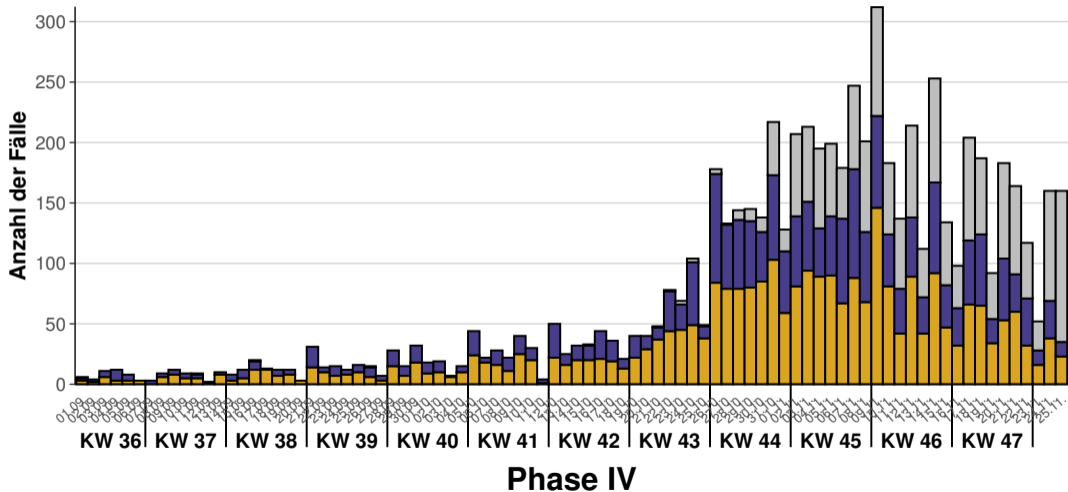
Abbildung 6: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Burgenland: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

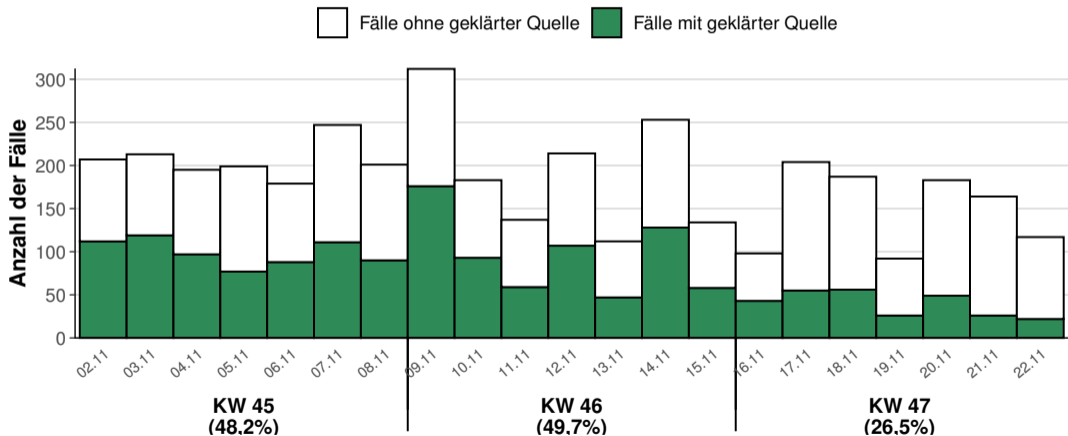
	42	43	44	45	46	47
Fälle Burgenland (N)	241	428	1.083	1.441	1.345	1.045
Fälle ungeklärt (n)	64	141	393	747	677	768
Indexfälle ³ (n)	36	84	178	252	167	22
Anteil geklärt	73,4%	67,1%	63,7%	48,2%	49,7%	26,5%
Fälle geklärt (n)	177	287	690	694	668	277
Clusterfälle (n)	204	357	849	911	791	173
sporadisch importierte Fälle (n)	6	3	9	7	2	2
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	165	267	666	654	620	151
Haushalt	52,7%	42,7%	46,4%	52,1%	54,5%	71,5%
Freizeit	18,8%	31,5%	26,6%	25,7%	24,4%	8,6%
Gesundheit-Sozial	7,9%	1,5%	10,5%	12,2%	11,9%	10,6%
Arbeit	7,9%	11,6%	9,6%	7,6%	5,0%	5,3%
Hotel-Gastro	0,0%	3,4%	0,9%	0,9%	0,0%	0,0%
Bildung	4,2%	7,9%	5,0%	0,8%	3,9%	4,0%
Transport	1,8%	1,1%	0,5%	0,3%	0,3%	0,0%
Reise	1,8%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Haushalt (n)	87	114	309	341	338	108
Bildung (n)	7	21	33	5	24	6
Gesundheit-Sozial (n)	13	4	70	80	74	16
Reise (n)	3	0	4	0	0	0

Burgenland: Phase IV 01.09.2020 – 26.11.2020

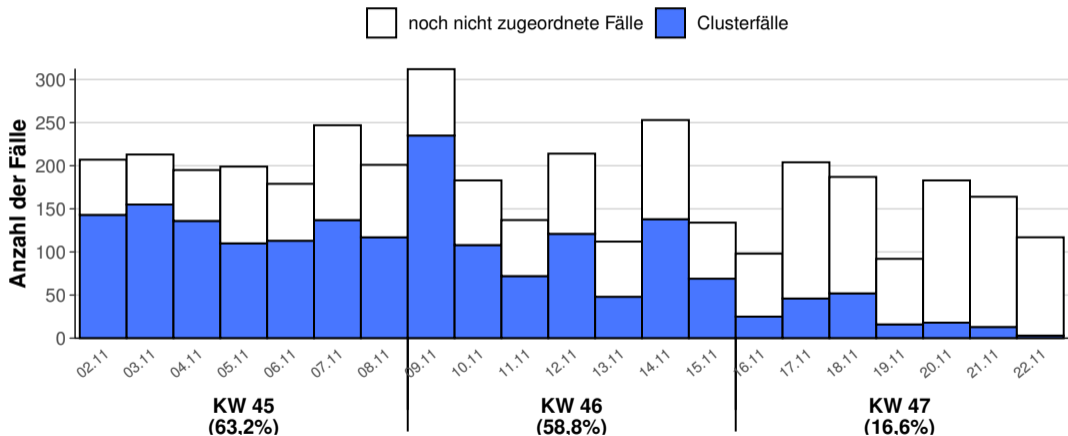
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



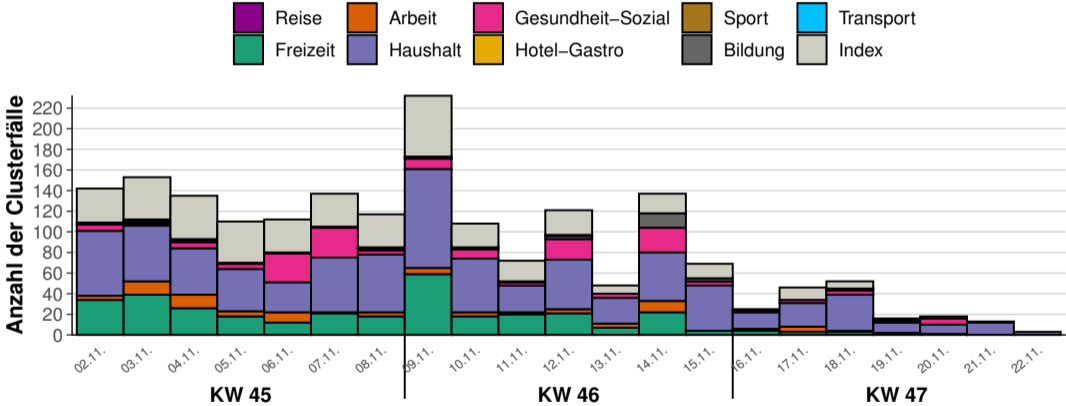
Burgenland: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Epidemiologische Parameter I

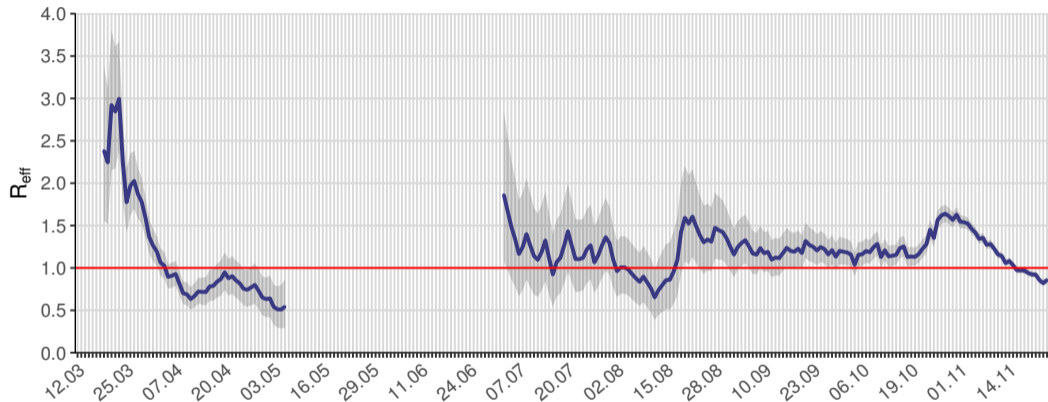


Abbildung 7: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 25.11. und 26.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Burgenland)

Burgenland: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 5: Schätzwerte des R_{eff} vom 15.11. bis zum 24.11.. (Burgenland)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
15.11	1,03	(0,99 - 1,07)
16.11	0,97	(0,93 - 1,01)
17.11	0,97	(0,93 - 1,01)
18.11	0,97	(0,93 - 1,01)
19.11	0,94	(0,90 - 0,98)
20.11	0,92	(0,89 - 0,96)
21.11	0,92	(0,88 - 0,96)
22.11	0,86	(0,82 - 0,89)
23.11	0,82	(0,78 - 0,86)
24.11	0,86	(0,82 - 0,90)

Burgenland: Altersverteilung I

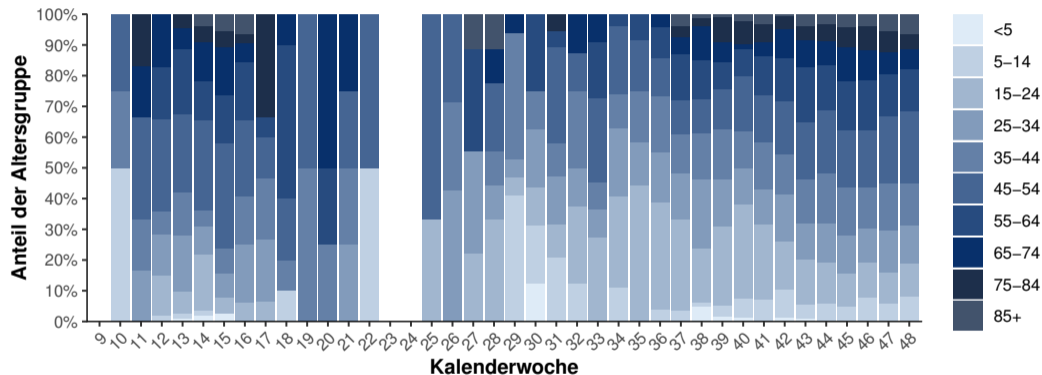


Abbildung 8: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Burgenland: Altersverteilung II

Tabelle 6: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

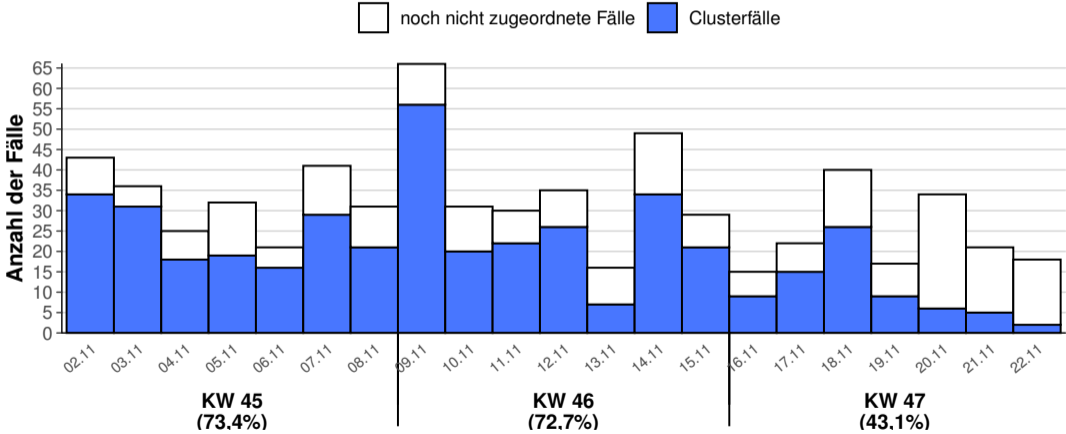
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
40	134	15	37.5	67.8
41	190	15	40.7	72.0
42	241	14	40.9	67.0
43	428	17	45.4	71.3
44	1.083	18	45.0	71.8
45	1.441	20	47.7	76.0
46	1.345	18	47.0	76.0
47	1.045	20	47.0	78.6

Burgenland: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 46, KW 47)

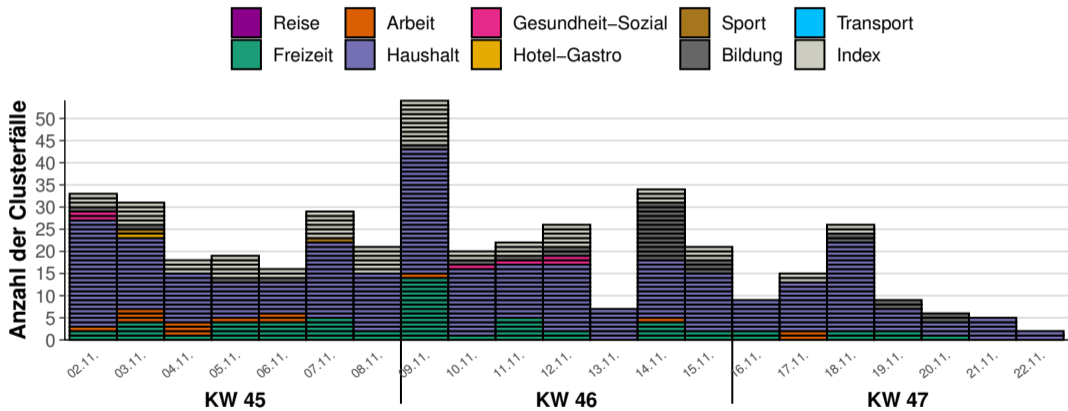
Tabelle 7: Verteilung der Infektionsfälle (KW 46 - 47 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 46							KW 47						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<6	1	14,3	6	85,7	0	0,0	7	0	0,0	6	75,0	2	25,0	8
6-9	3	18,8	10	62,5	3	18,8	16	1	8,3	6	50,0	5	41,7	12
10-14	21	26,2	41	51,2	18	22,5	80	2	4,9	28	68,3	11	26,8	41
15-19	19	30,2	22	34,9	22	34,9	63	16	41,0	9	23,1	14	35,9	39
20-24	34	37,8	19	21,1	37	41,1	90	16	23,9	15	22,4	36	53,7	67
Total	78	30,5	98	38,3	80	31,2	256	35	21,0	64	38,3	68	40,7	167

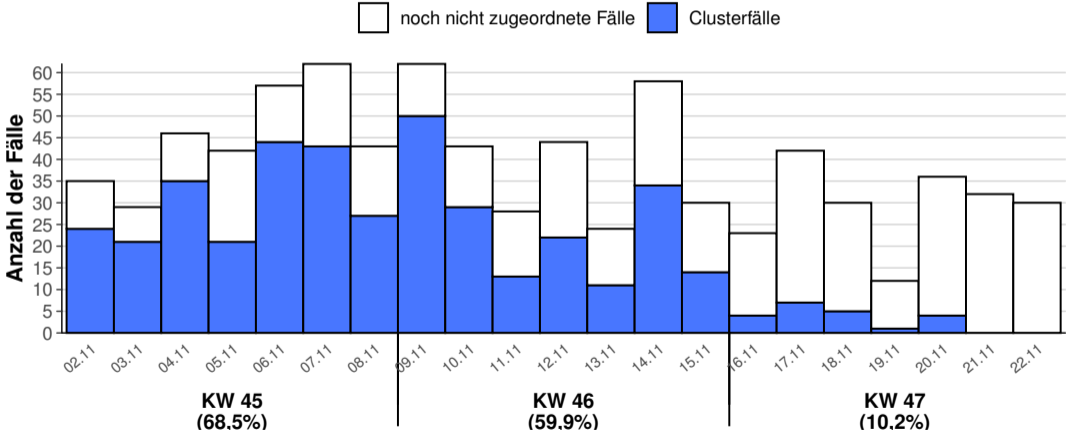
Burgenland: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



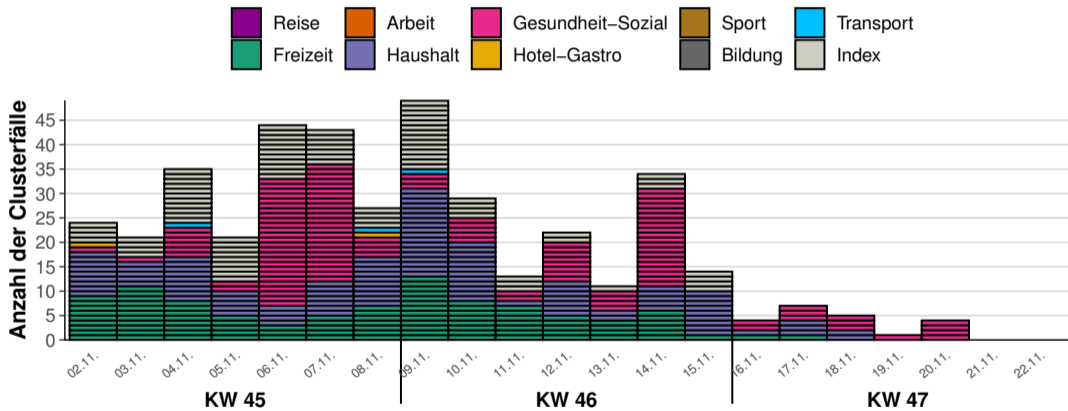
Burgenland: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Burgenland: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Burgenland: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Zeitlicher Verlauf bis 26.11.2020

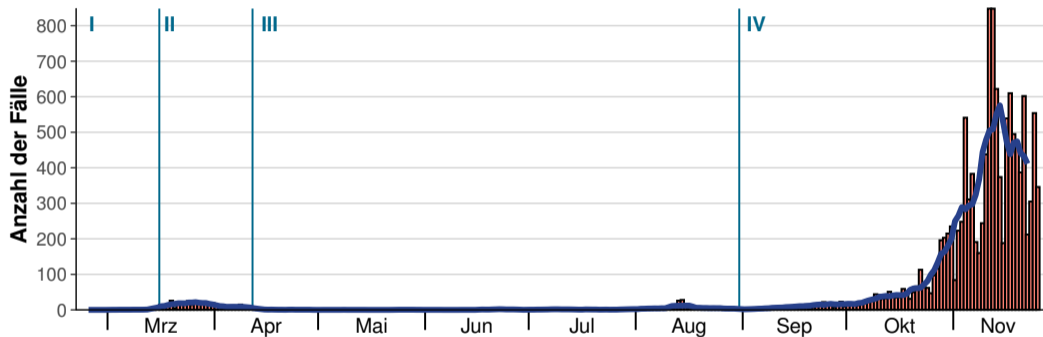


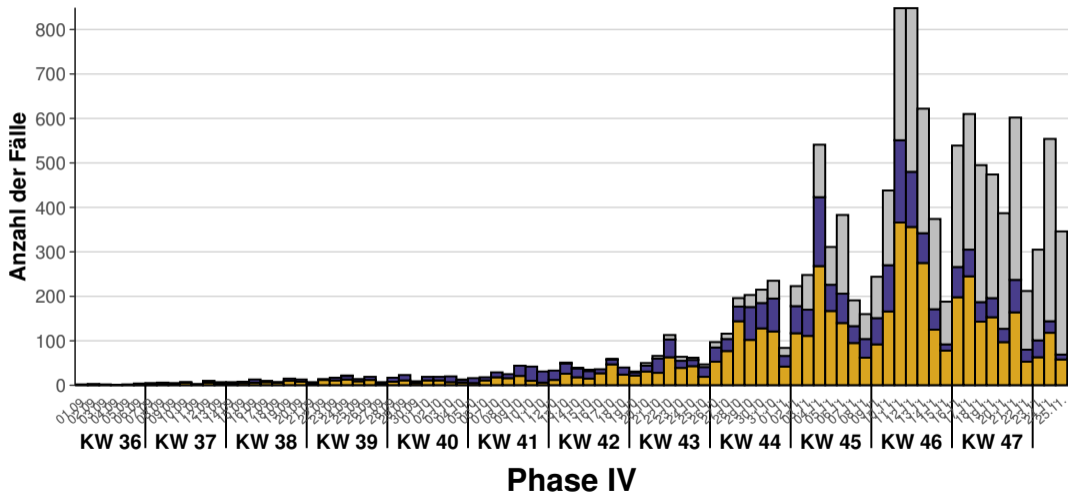
Abbildung 9: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Kärnten: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

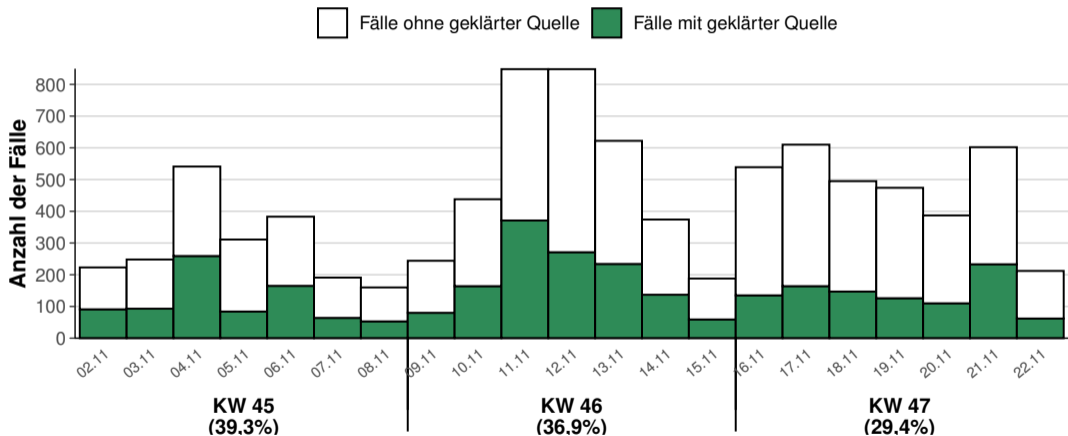
	42	43	44	45	46	47
Fälle Kärnten (N)	293	433	1.146	2.057	3.562	3.319
Fälle ungeklärt (n)	65	199	557	1.248	2.246	2.342
Indexfälle ³ (n)	34	90	245	417	584	433
Anteil geklärt	77,8%	54,0%	51,4%	39,3%	36,9%	29,4%
Fälle geklärt (n)	228	234	589	809	1.316	977
Clusterfälle (n)	255	307	813	1.196	1.860	1.346
sporadisch importierte Fälle (n)	6	7	6	6	3	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	221	218	564	777	1.278	906
Haushalt	33,9%	40,8%	50,2%	69,6%	70,9%	85,5%
Freizeit	22,2%	20,6%	29,8%	22,3%	10,3%	0,3%
Gesundheit-Sozial	31,2%	22,9%	14,4%	4,0%	18,1%	14,1%
Arbeit	1,4%	1,4%	0,4%	1,8%	0,2%	0,0%
Hotel-Gastro	0,9%	5,0%	0,4%	0,0%	0,1%	0,0%
Bildung	7,7%	1,8%	4,3%	0,5%	0,3%	0,0%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%
Reise	1,4%	0,0%	0,2%	1,2%	0,1%	0,0%
Haushalt (n)	75	89	283	541	906	775
Bildung (n)	17	4	24	4	4	0
Gesundheit-Sozial (n)	69	50	81	31	231	128
Reise (n)	3	0	1	9	1	0

Kärnten: Phase IV 01.09.2020 – 26.11.2020

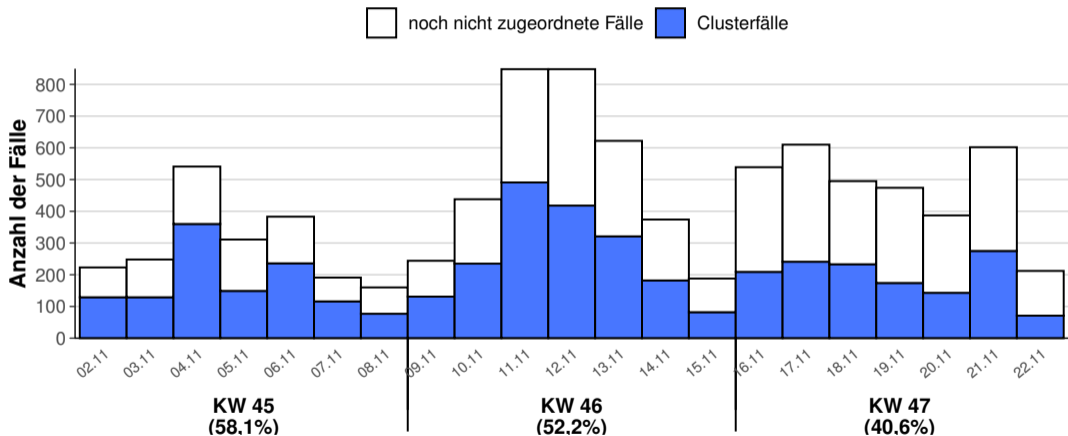
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



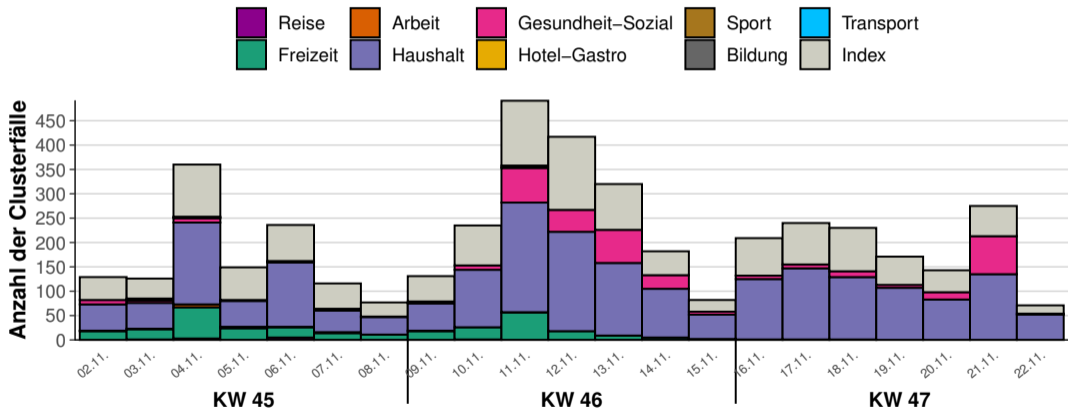
Kärnten: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Epidemiologische Parameter I

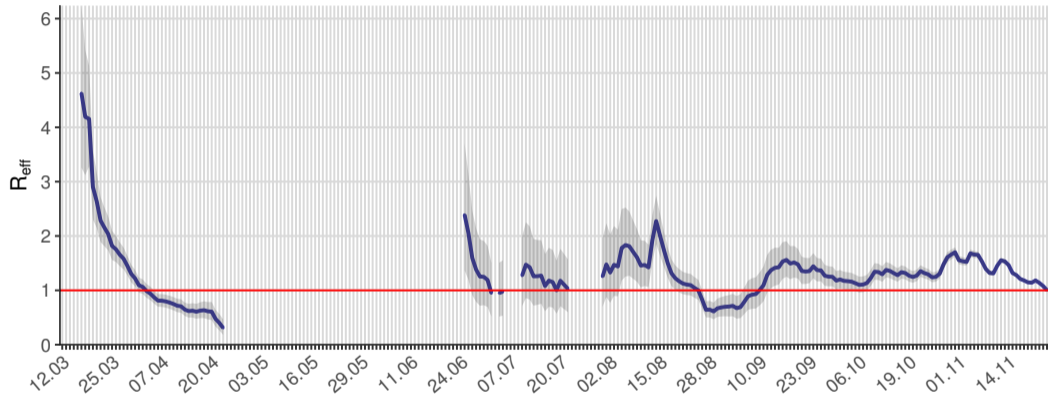


Abbildung 10: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 25.11. und 26.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Kärnten)

Kärnten: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 8: Schätzwerte des R_{eff} vom 15.11. bis zum 24.11.. (Kärnten)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
15.11	1,32	(1,28 - 1,35)
16.11	1,28	(1,25 - 1,31)
17.11	1,21	(1,18 - 1,24)
18.11	1,18	(1,15 - 1,21)
19.11	1,15	(1,12 - 1,18)
20.11	1,14	(1,11 - 1,17)
21.11	1,18	(1,15 - 1,21)
22.11	1,14	(1,11 - 1,16)
23.11	1,08	(1,05 - 1,10)
24.11	1,00	(0,98 - 1,03)

Kärnten: Altersverteilung I

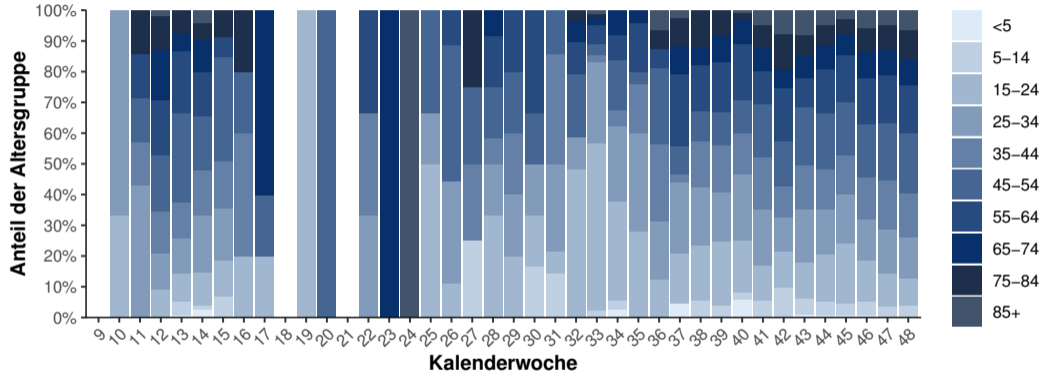


Abbildung 11: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Kärnten: Altersverteilung II

Tabelle 9: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

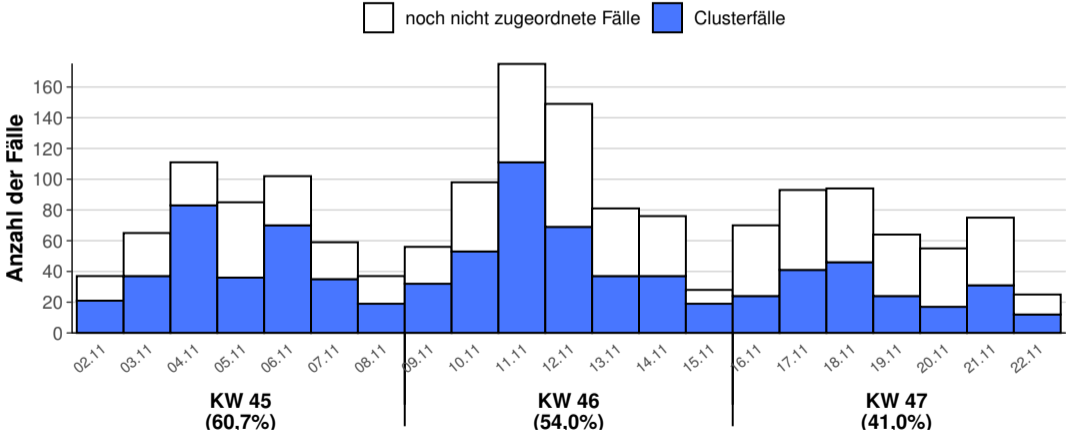
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
40	120	16	39.5	65.0
41	205	19	45.1	76.6
42	293	15	48.2	82.8
43	433	19	46.4	81.8
44	1.146	19	45.4	76.5
45	2.057	18	42.7	70.0
46	3.562	19	47.2	79.0
47	3.319	21	47.9	78.0

Kärnten: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 46, KW 47)

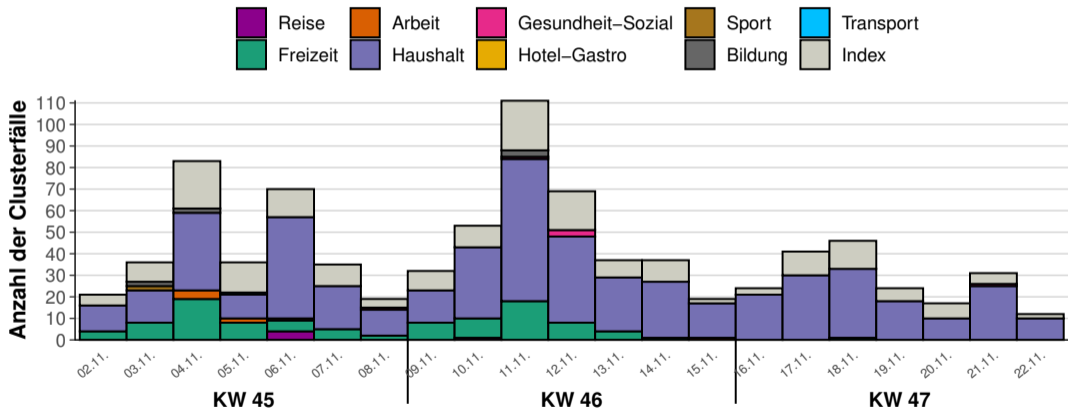
Tabelle 10: Verteilung der Infektionsfälle (KW 46 - 47 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 46							KW 47						
	klinische Manifestation							klinische Manifestation						
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	9	26,5	14	41,2	11	32,4	34	4	28,6	1	7,1	9	64,3	14
6-9	8	20,5	17	43,6	14	35,9	39	6	22,2	11	40,7	10	37,0	27
10-14	31	28,2	50	45,5	29	26,4	110	24	30,4	32	40,5	23	29,1	79
15-19	68	34,2	61	30,7	70	35,2	199	49	32,9	15	10,1	85	57,0	149
20-24	114	40,6	51	18,1	116	41,3	281	65	31,4	15	7,2	127	61,4	207
Total	230	34,7	193	29,1	240	36,2	663	148	31,1	74	15,5	254	53,4	476

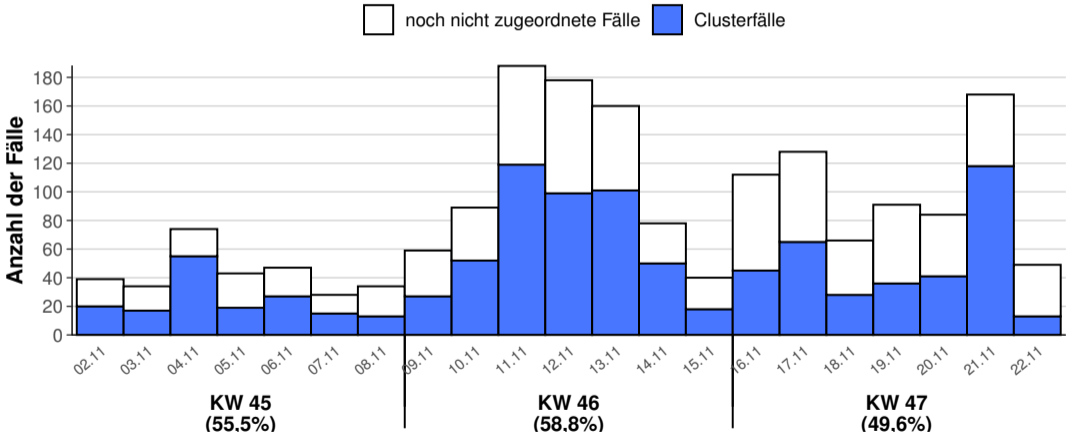
Kärnten: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



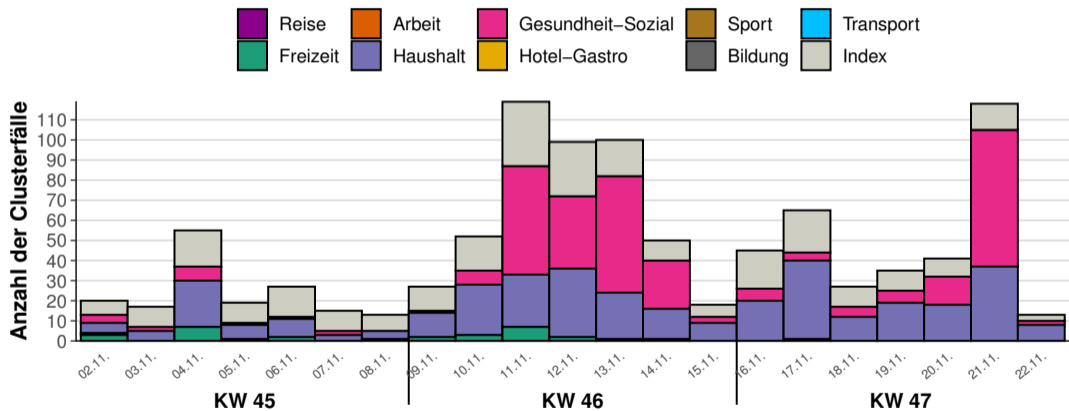
Kärnten: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Kärnten: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 26.11.2020

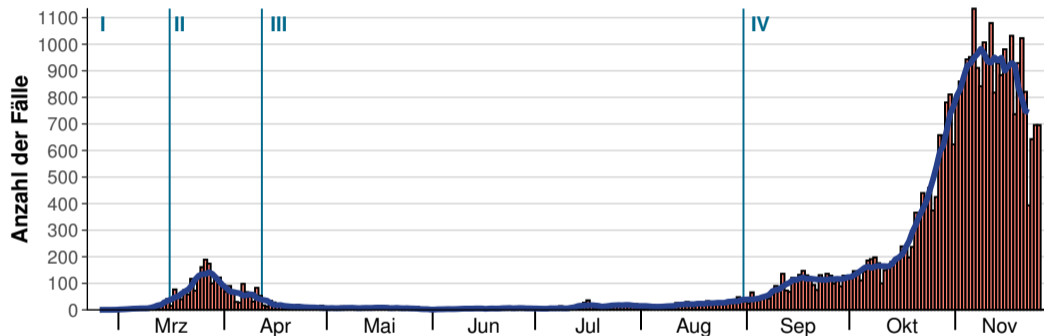


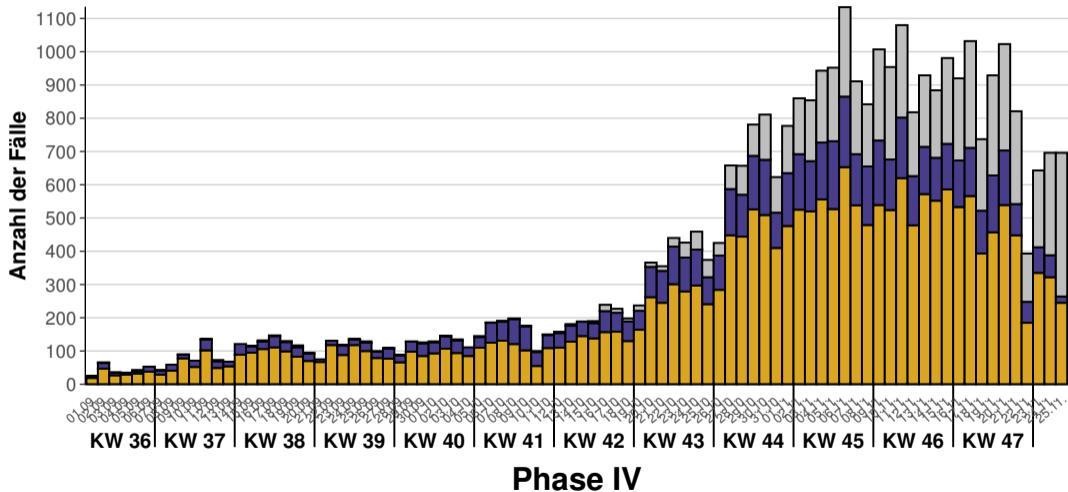
Abbildung 12: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Niederösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

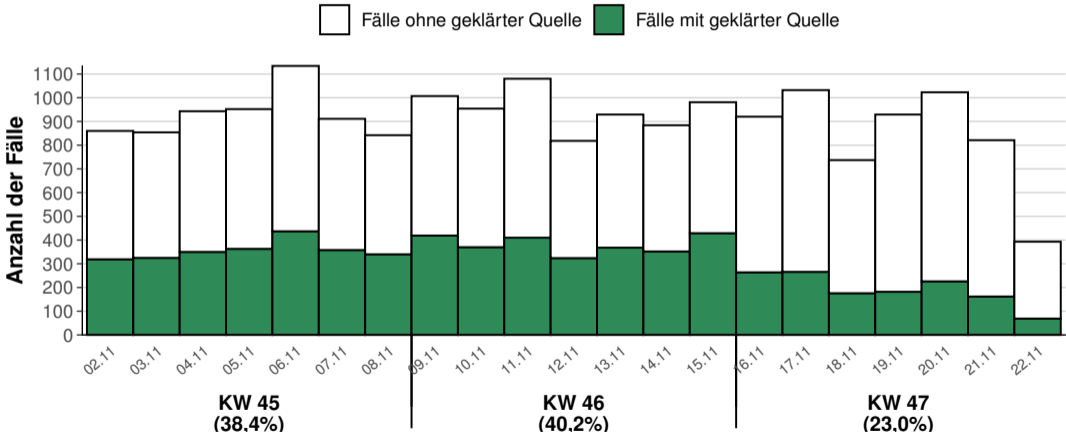
	42	43	44	45	46	47
Fälle Niederösterreich (N)	1.382	2.657	4.732	6.496	6.653	5.855
Fälle ungeklärt (n)	428	1.061	2.517	4.004	3.981	4.510
Indexfälle ³ (n)	213	377	584	817	649	114
Anteil geklärt	69,0%	60,1%	46,8%	38,4%	40,2%	23,0%
Fälle geklärt (n)	954	1.596	2.215	2.492	2.672	1.345
Clusterfälle (n)	1.074	1.847	2.663	3.145	3.136	1.176
sporadisch importierte Fälle (n)	43	27	16	10	5	2
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	859	1.480	2.083	2.330	2.477	1.056
Haushalt	43,8%	44,9%	46,2%	55,4%	59,4%	61,8%
Freizeit	21,1%	18,0%	22,2%	26,0%	19,9%	8,6%
Gesundheit-Sozial	10,8%	13,2%	11,2%	7,5%	9,6%	18,3%
Arbeit	10,5%	10,7%	7,5%	6,0%	6,7%	5,4%
Hotel-Gastro	4,7%	1,7%	2,8%	1,9%	0,2%	0,2%
Bildung	5,9%	9,3%	6,5%	1,2%	2,9%	4,8%
Transport	0,1%	0,3%	1,2%	0,3%	0,2%	0,2%
Reise	1,9%	1,5%	1,5%	1,2%	0,4%	0,6%
Haushalt (n)	376	665	962	1.291	1.471	653
Bildung (n)	51	138	135	28	73	51
Gesundheit-Sozial (n)	93	195	233	175	239	193
Reise (n)	16	22	31	29	11	6

Niederösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 26.11.2020

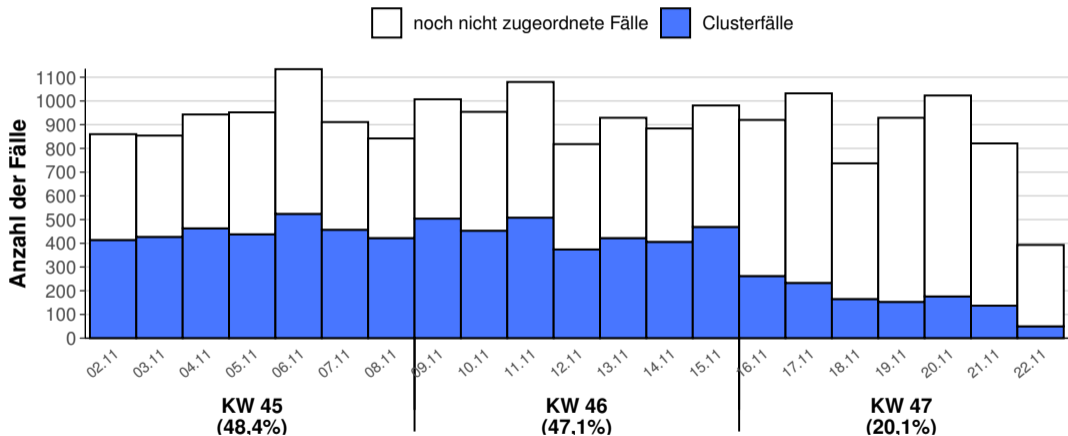
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



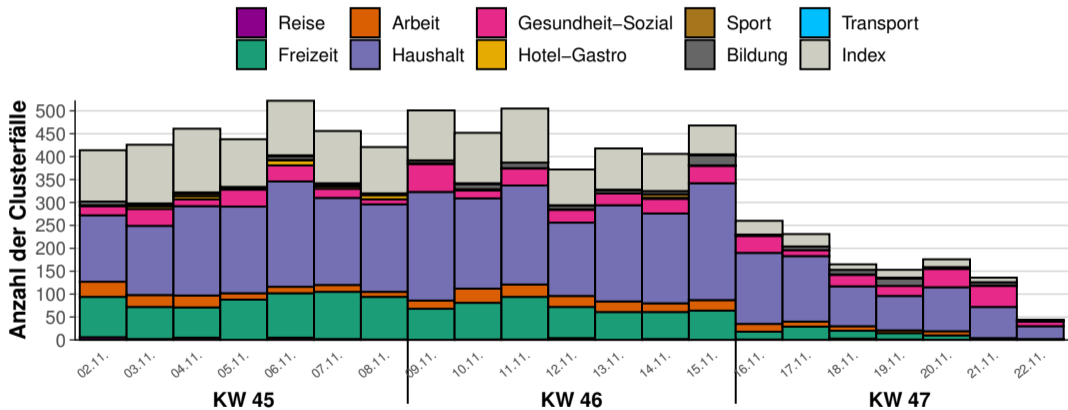
Niederösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Niederösterreich: Epidemiologische Parameter I

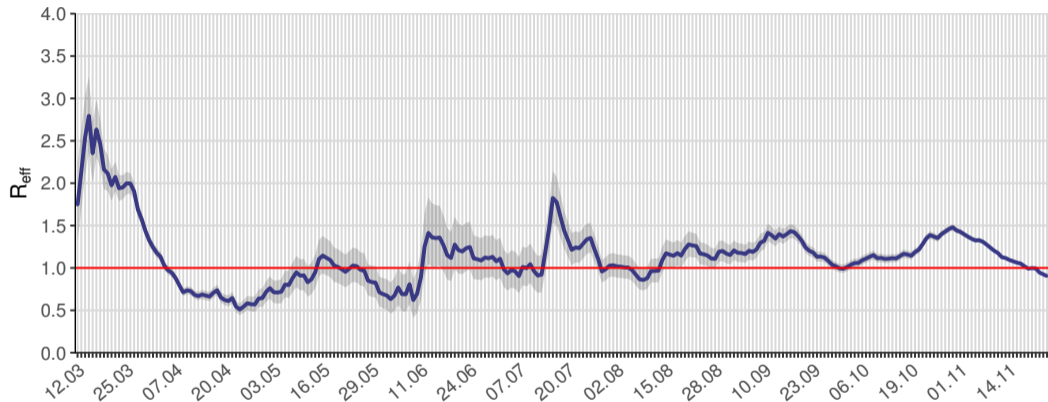


Abbildung 13: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 25.11. und 26.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Niederösterreich)

Niederösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 11: Schätzwerte des R_{eff} vom 15.11. bis zum 24.11.. (Niederösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
15.11	1,08	(1,06 - 1,10)
16.11	1,06	(1,04 - 1,08)
17.11	1,05	(1,03 - 1,07)
18.11	1,02	(1,00 - 1,04)
19.11	0,99	(0,98 - 1,01)
20.11	1,00	(0,98 - 1,02)
21.11	1,00	(0,98 - 1,01)
22.11	0,95	(0,93 - 0,96)
23.11	0,92	(0,91 - 0,94)
24.11	0,90	(0,89 - 0,92)

Niederösterreich: Altersverteilung I

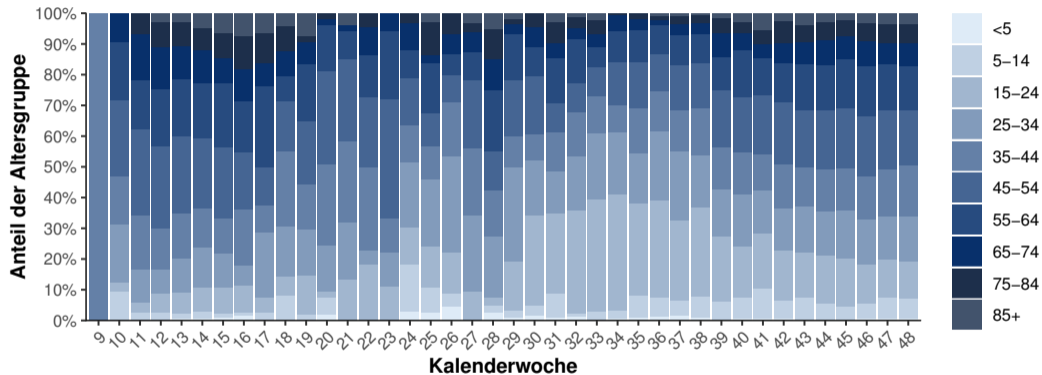


Abbildung 14: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Niederösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 12: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

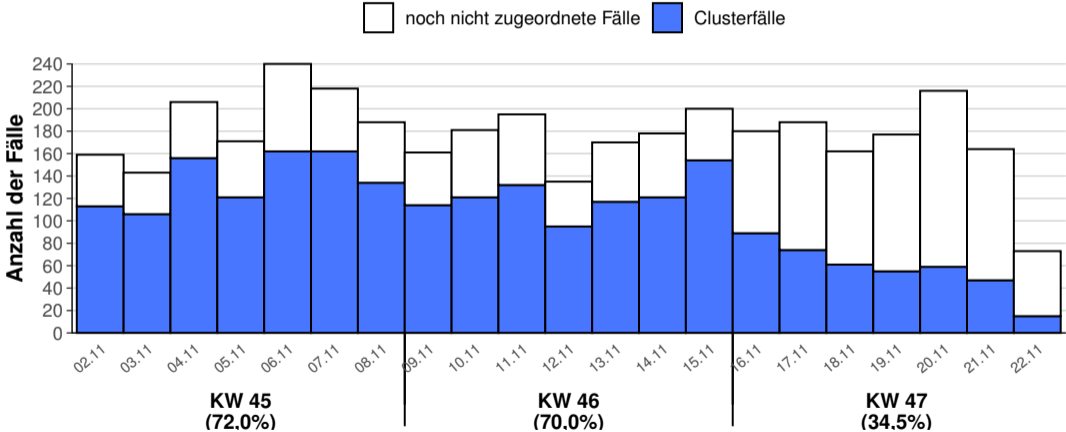
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
40	865	16	41.4	68
41	1.146	14	41.4	74
42	1.382	17	43.6	74
43	2.657	16	43.9	73
44	4.732	17	44.3	72
45	6.496	18	43.9	71
46	6.653	19	45.4	73
47	5.855	17	44.5	74

Niederösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 46, KW 47)

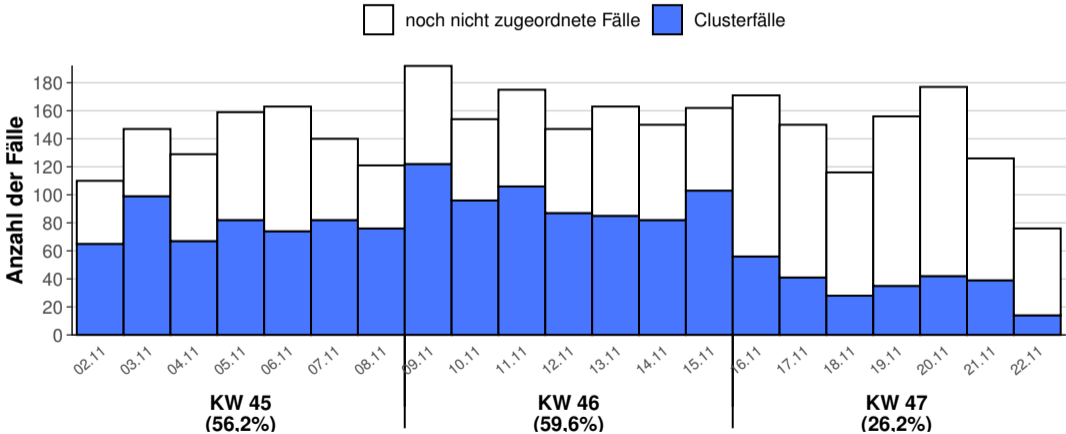
Tabelle 13: Verteilung der Infektionsfälle (KW 46 - 47 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 46							KW 47						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	23	53,5	16	37,2	4	9,3	43	22	44,9	20	40,8	7	14,3	49
6-9	33	42,3	36	46,2	9	11,5	78	44	38,6	50	43,9	20	17,5	114
10-14	124	53,0	85	36,3	25	10,7	234	118	42,4	103	37,1	57	20,5	278
15-19	237	61,1	91	23,5	60	15,5	388	170	52,0	71	21,7	86	26,3	327
20-24	314	65,8	71	14,9	92	19,3	477	225	57,4	58	14,8	109	27,8	392
Total	731	59,9	299	24,5	190	15,6	1220	579	49,9	302	26,0	279	24,1	1160

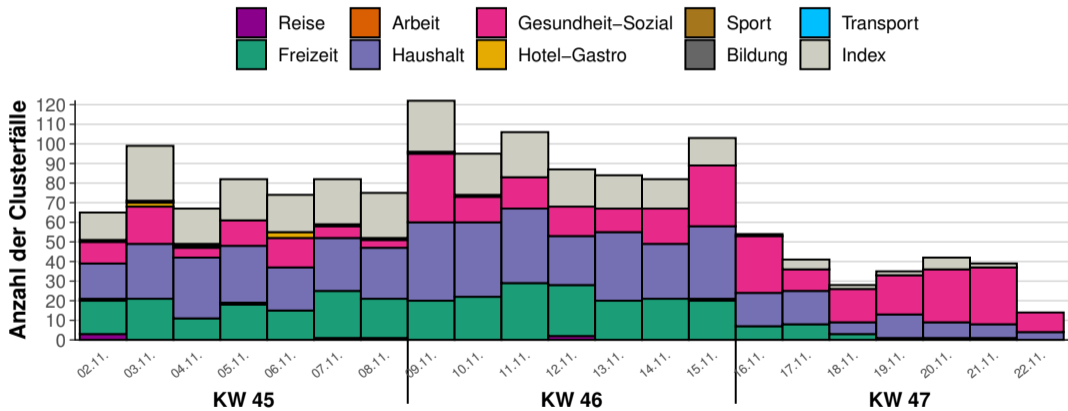
Niederösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Niederösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Zeitlicher Verlauf bis 26.11.2020

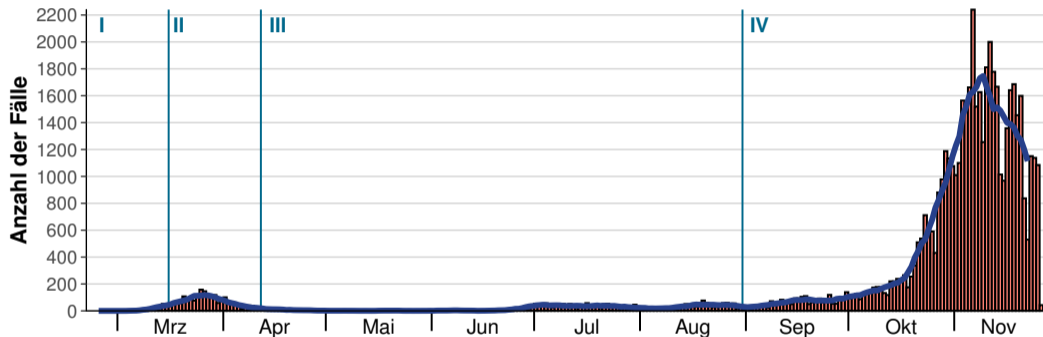


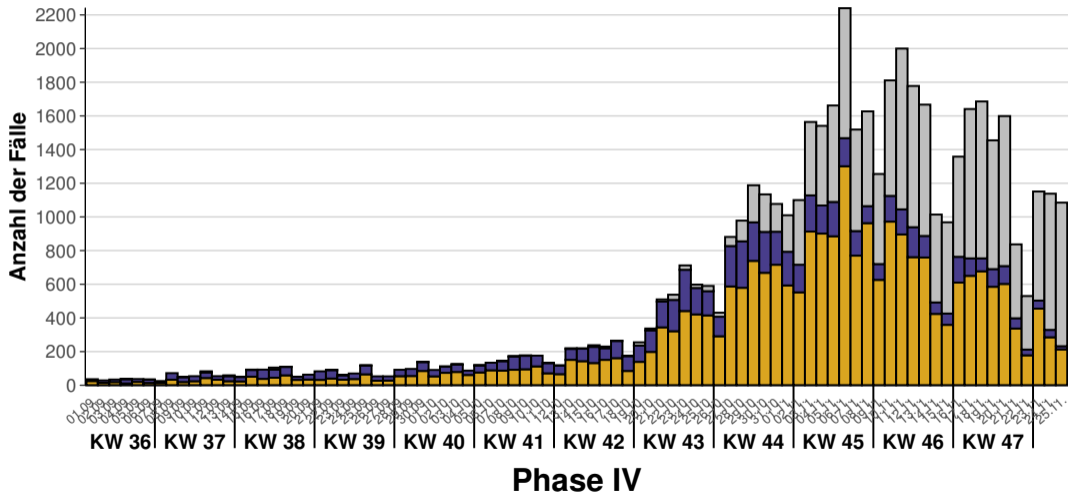
Abbildung 15: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Oberösterreich: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

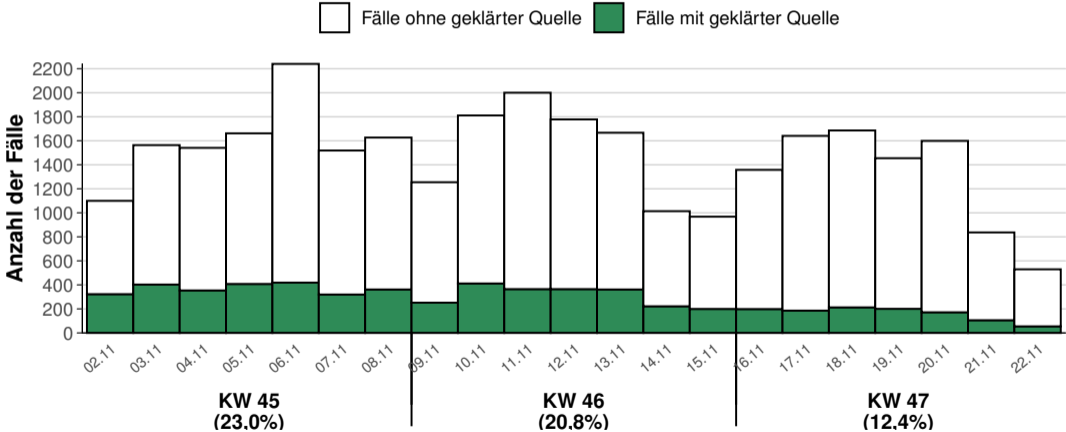
	42	43	44	45	46	47
Fälle Oberösterreich (N)	1.467	3.540	6.699	11.253	10.493	9.106
Fälle ungeklärt (n)	512	1.894	4.151	8.664	8.315	7.974
Indexfälle ³ (n)	199	528	906	1.281	792	296
Anteil geklärt	65,1%	46,5%	38,0%	23,0%	20,8%	12,4%
Fälle geklärt (n)	955	1.646	2.548	2.589	2.178	1.132
Clusterfälle (n)	1.118	2.123	3.379	3.750	2.761	1.253
sporadisch importierte Fälle (n)	10	17	23	7	13	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	905	1.584	2.462	2.464	1.950	953
Haushalt	41,1%	43,9%	59,5%	72,8%	70,4%	70,6%
Freizeit	26,6%	22,7%	18,8%	12,3%	10,9%	3,1%
Gesundheit-Sozial	9,5%	17,4%	10,2%	12,4%	15,4%	25,3%
Arbeit	10,1%	5,7%	2,3%	1,5%	2,1%	0,7%
Hotel-Gastro	3,4%	1,0%	0,5%	0,0%	0,1%	0,0%
Bildung	6,7%	7,3%	7,7%	0,4%	1,0%	0,1%
Transport	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
Reise	1,3%	0,9%	0,5%	0,4%	0,1%	0,0%
Haushalt (n)	372	696	1.466	1.793	1.373	673
Bildung (n)	61	116	190	11	19	1
Gesundheit-Sozial (n)	86	276	250	306	300	241
Reise (n)	12	14	13	9	2	0

Oberösterreich: Phase IV 01.09.2020 – 26.11.2020

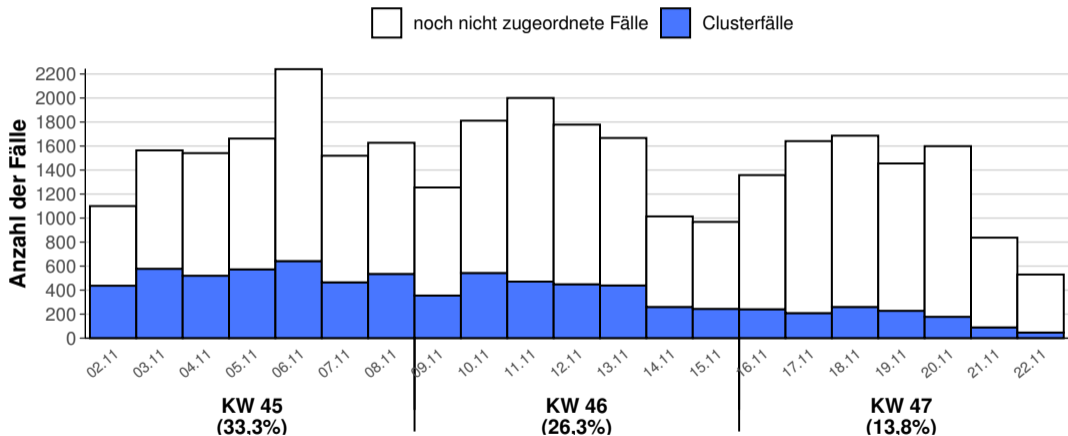
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



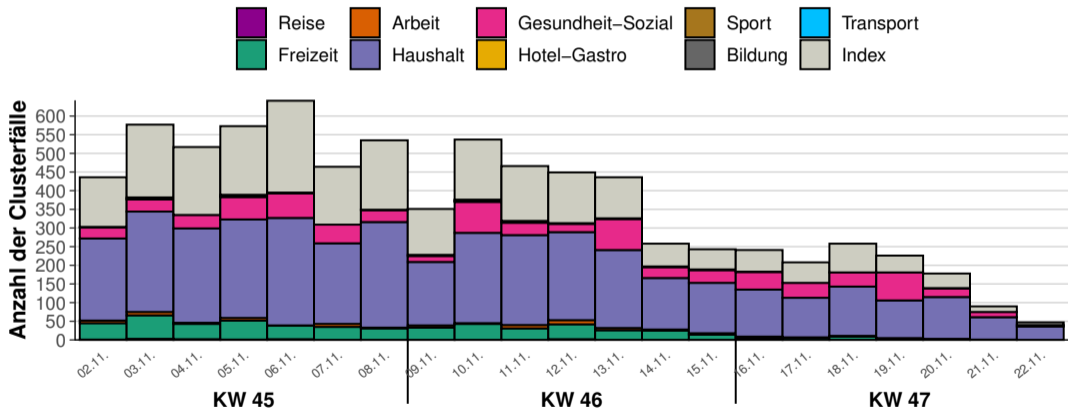
Oberösterreich: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Epidemiologische Parameter I

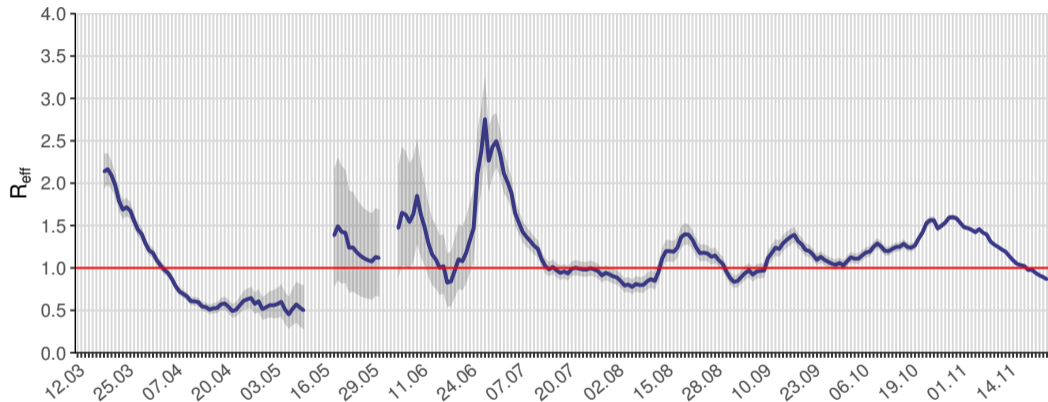


Abbildung 16: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 25.11. und 26.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Oberösterreich)

Oberösterreich: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 14: Schätzwerte des R_{eff} vom 15.11. bis zum 24.11.. (Oberösterreich)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
15.11	1,09	(1,08 - 1,10)
16.11	1,05	(1,03 - 1,06)
17.11	1,03	(1,02 - 1,05)
18.11	1,02	(1,01 - 1,04)
19.11	0,98	(0,96 - 0,99)
20.11	0,98	(0,96 - 0,99)
21.11	0,94	(0,93 - 0,95)
22.11	0,91	(0,90 - 0,93)
23.11	0,89	(0,88 - 0,90)
24.11	0,86	(0,85 - 0,88)

Oberösterreich: Altersverteilung I

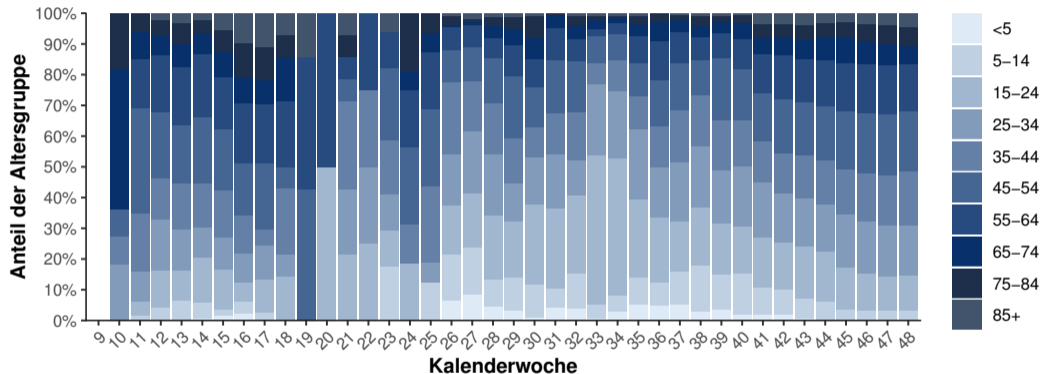


Abbildung 17: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Oberösterreich: Altersverteilung II

Tabelle 15: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

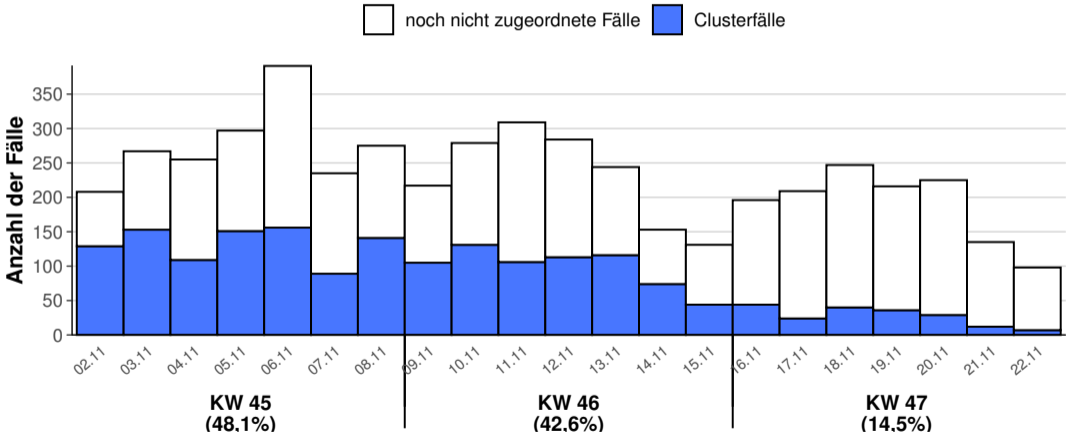
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
40	745	11.0	35.9	62.0
41	1.062	14.0	40.3	69.9
42	1.467	14.6	41.5	69.4
43	3.540	16.0	42.6	72.0
44	6.699	17.0	43.3	71.0
45	11.253	20.0	44.8	71.0
46	10.493	21.0	45.8	73.0
47	9.106	21.0	46.2	74.0

Oberösterreich: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 46, KW 47)

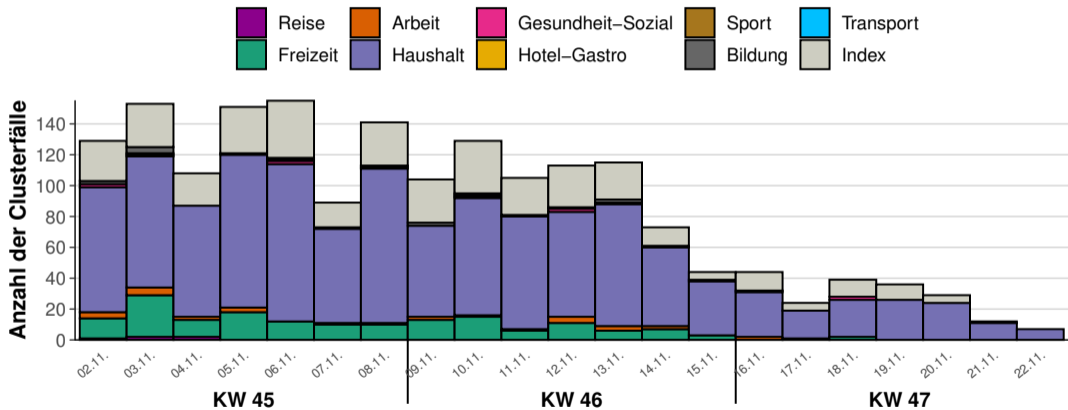
Tabelle 16: Verteilung der Infektionsfälle (KW 46 - 47 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 46							KW 47						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<6	20	47,6	5	11,9	17	40,5	42	17	45,9	6	16,2	14	37,8	37
6-9	25	37,3	2	3,0	40	59,7	67	26	39,4	7	10,6	33	50,0	66
10-14	110	47,6	21	9,1	100	43,3	231	69	35,0	16	8,1	112	56,9	197
15-19	224	45,5	60	12,2	208	42,3	492	152	39,2	29	7,5	207	53,4	388
20-24	380	48,4	55	7,0	350	44,6	785	241	37,8	49	7,7	348	54,5	638
Total	759	46,9	143	8,8	715	44,2	1617	505	38,1	107	8,1	714	53,8	1326

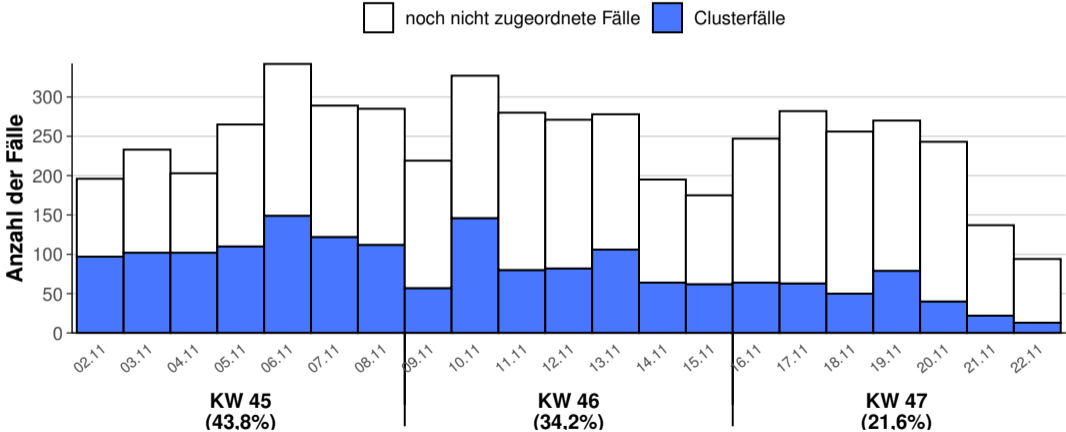
Oberösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



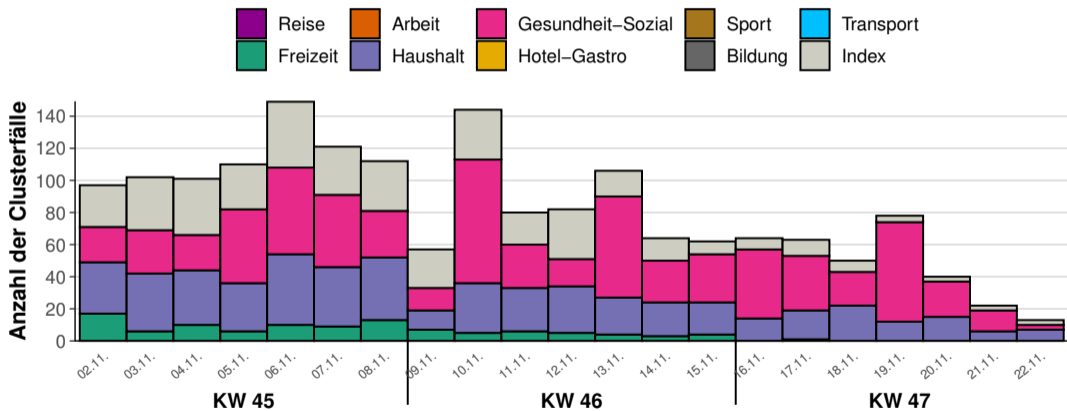
Oberösterreich: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Oberösterreich: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Zeitlicher Verlauf bis 26.11.2020

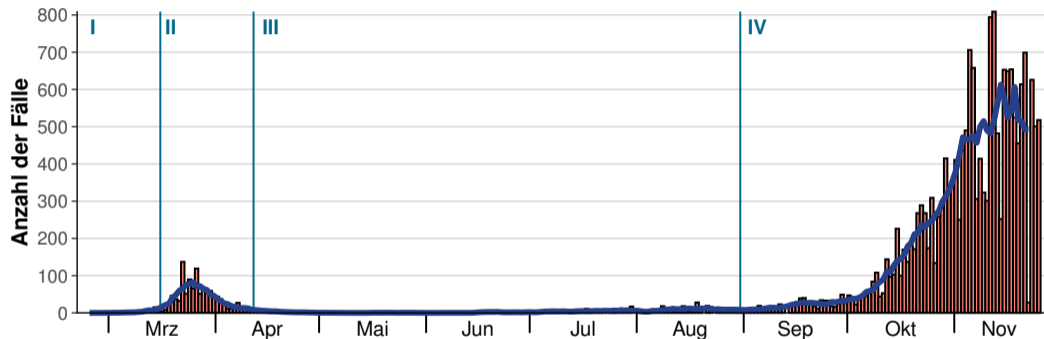


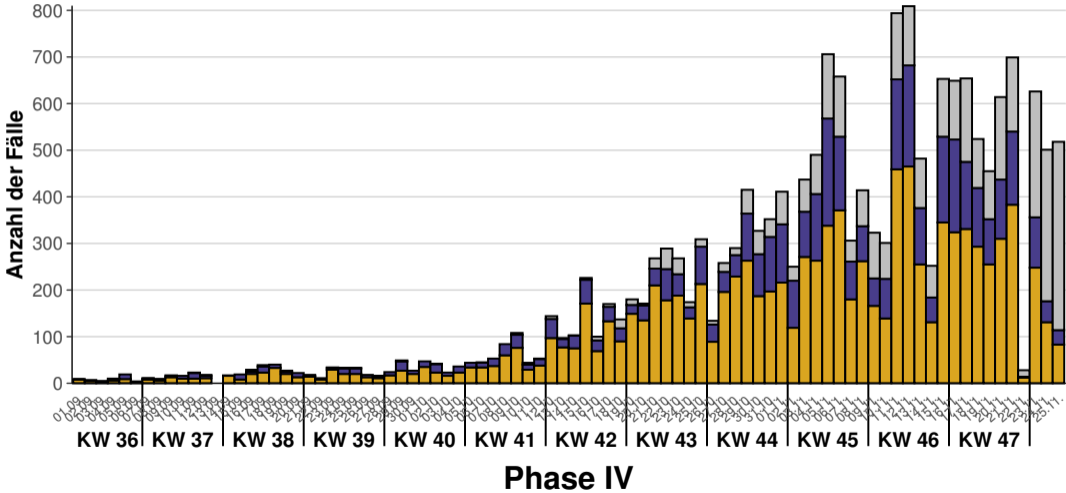
Abbildung 18: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Salzburg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

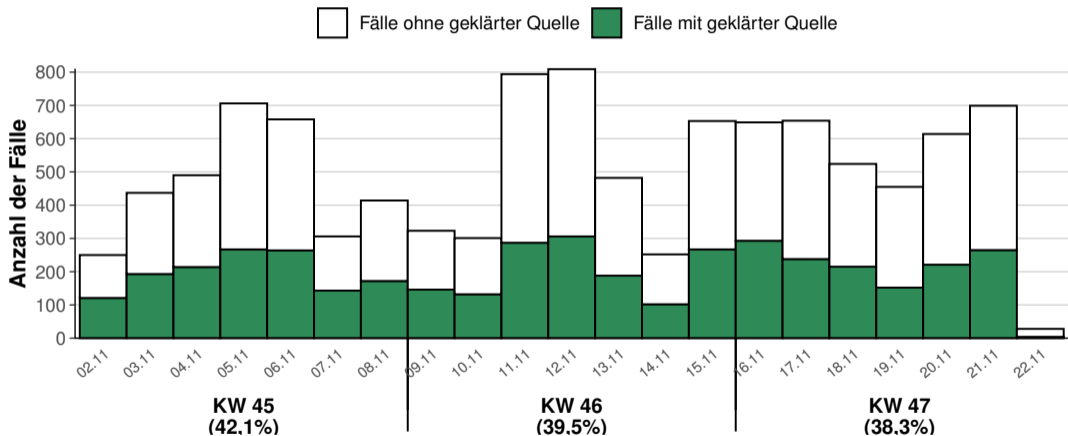
	42	43	44	45	46	47
Fälle Salzburg (N)	977	1.659	2.187	3.261	3.614	3.623
Fälle ungeklärt (n)	434	859	1.057	1.887	2.186	2.235
Indexfälle ³ (n)	187	319	464	693	678	443
Anteil geklärt	55,6%	48,2%	51,7%	42,1%	39,5%	38,3%
Fälle geklärt (n)	543	800	1.130	1.374	1.428	1.388
Clusterfälle (n)	716	1.085	1.563	2.025	2.051	1.577
sporadisch importierte Fälle (n)	10	24	20	30	21	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	512	758	1.107	1.322	1.367	1.123
Haushalt	59,4%	55,0%	61,2%	68,0%	81,7%	84,5%
Freizeit	22,1%	21,6%	20,8%	18,5%	8,3%	3,3%
Gesundheit-Sozial	4,1%	7,7%	7,8%	7,6%	7,5%	11,8%
Arbeit	5,9%	8,0%	5,3%	3,3%	1,0%	0,1%
Hotel-Gastro	1,2%	0,5%	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%
Bildung	6,8%	5,4%	3,4%	0,5%	1,1%	0,1%
Transport	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%
Reise	0,4%	1,3%	0,9%	0,8%	0,1%	0,2%
Haushalt (n)	304	417	678	899	1.117	949
Bildung (n)	35	41	38	6	15	1
Gesundheit-Sozial (n)	21	58	86	100	103	133
Reise (n)	2	10	10	10	2	2

Salzburg: Phase IV 01.09.2020 – 26.11.2020

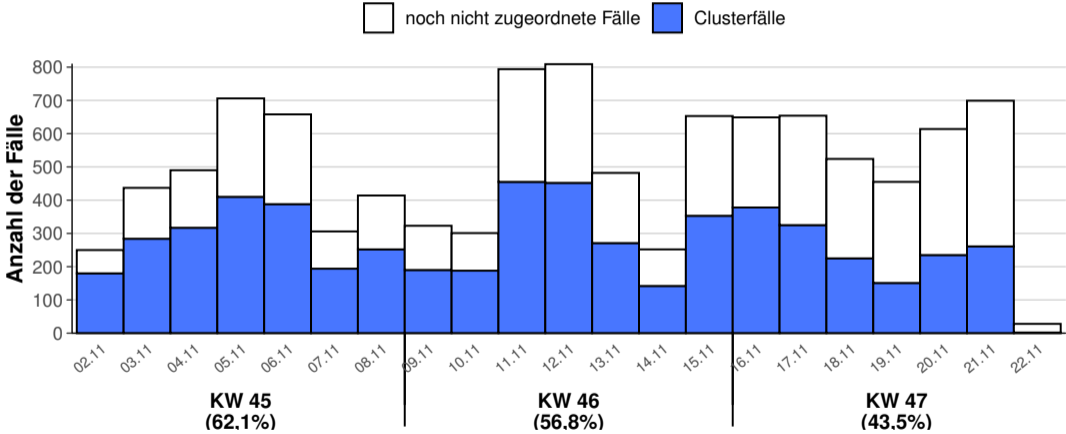
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



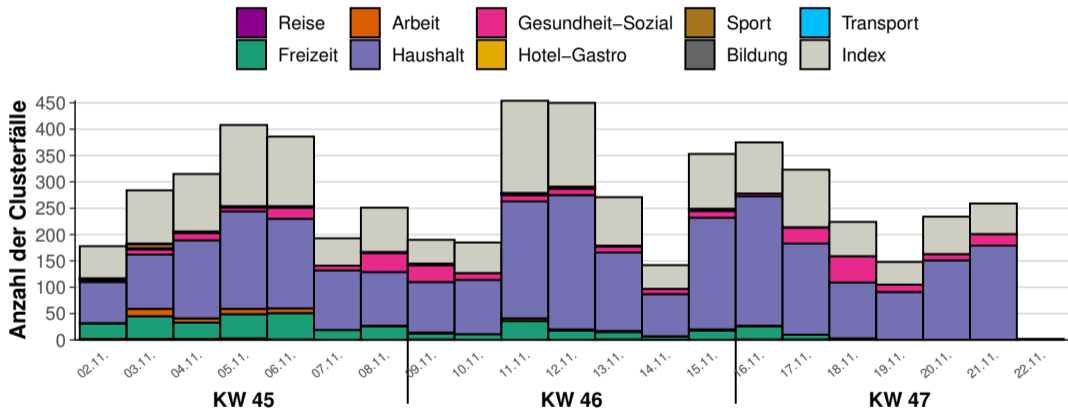
Salzburg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Epidemiologische Parameter I

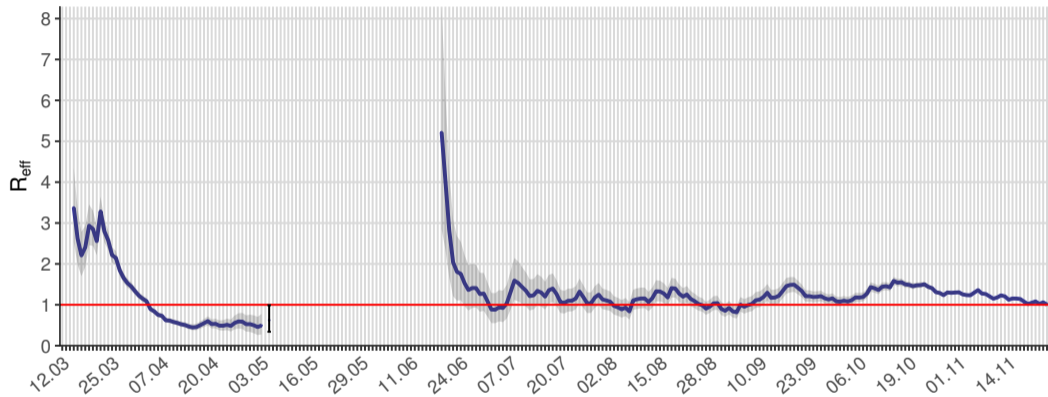


Abbildung 19: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 25.11. und 26.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Salzburg)

Salzburg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 17: Schätzwerte des R_{eff} vom 15.11. bis zum 24.11.. (Salzburg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
15.11	1,15	(1,13 - 1,18)
16.11	1,15	(1,13 - 1,18)
17.11	1,14	(1,12 - 1,17)
18.11	1,08	(1,05 - 1,10)
19.11	1,02	(0,99 - 1,04)
20.11	1,05	(1,03 - 1,08)
21.11	1,08	(1,06 - 1,11)
22.11	1,02	(1,00 - 1,05)
23.11	1,06	(1,04 - 1,08)
24.11	1,01	(0,98 - 1,03)

Salzburg: Altersverteilung I

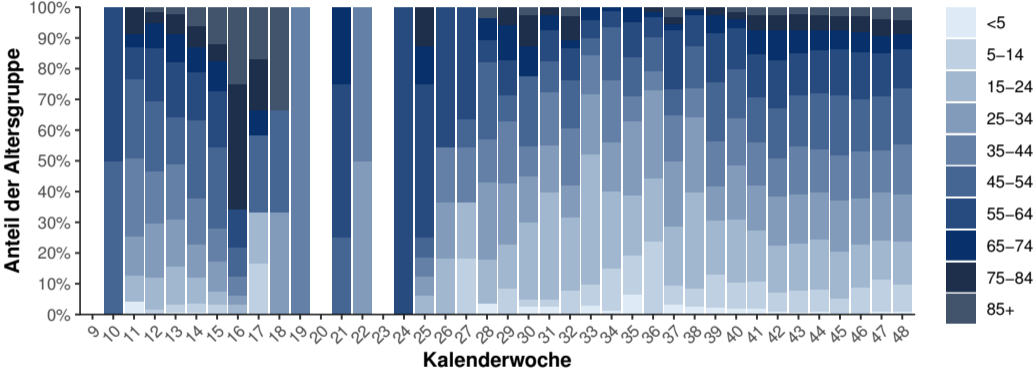


Abbildung 20: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Salzburg: Altersverteilung II

Tabelle 18: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

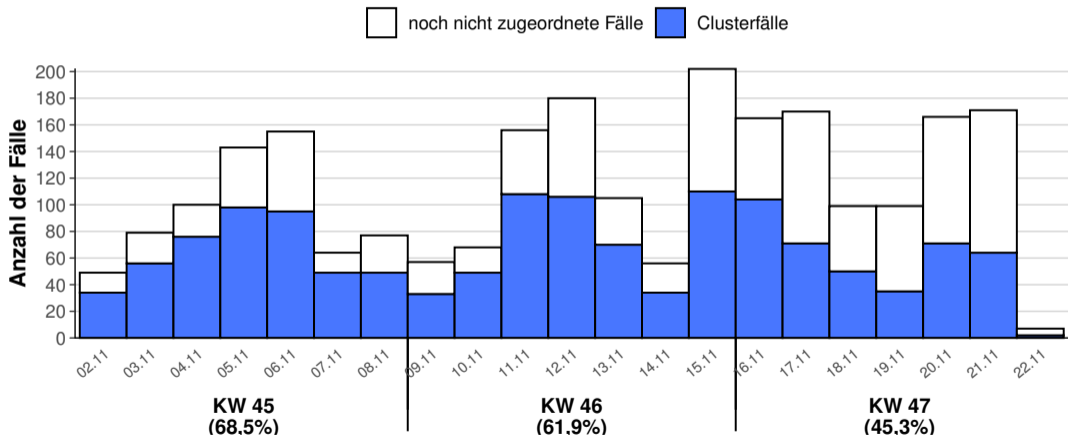
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
40	248	14	36.9	60.3
41	431	14	41.0	72.0
42	977	16	43.4	71.0
43	1.659	16	42.3	71.0
44	2.187	17	42.0	70.0
45	3.261	19	43.3	70.0
46	3.614	16	42.8	71.7
47	3.623	14	42.4	74.0

Salzburg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 46, KW 47)

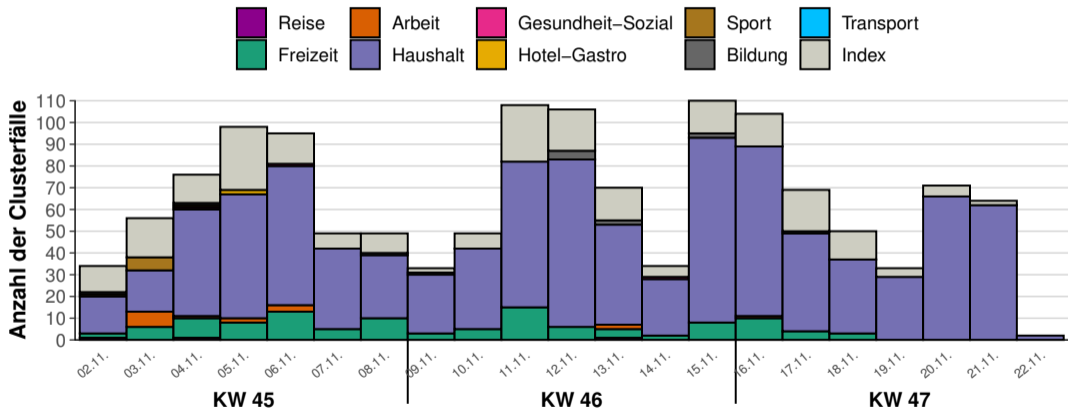
Tabelle 19: Verteilung der Infektionsfälle (KW 46 - 47 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 46							KW 47						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<6	13	40,6	10	31,2	9	28,1	32	17	39,5	15	34,9	11	25,6	43
6-9	18	27,3	36	54,5	12	18,2	66	27	44,3	24	39,3	10	16,4	61
10-14	65	29,5	101	45,9	54	24,5	220	106	34,9	135	44,4	63	20,7	304
15-19	112	50,5	63	28,4	47	21,2	222	125	53,6	45	19,3	63	27,0	233
20-24	150	52,8	66	23,2	68	23,9	284	115	48,7	50	21,2	71	30,1	236
Total	358	43,4	276	33,5	190	23,1	824	390	44,5	269	30,7	218	24,9	877

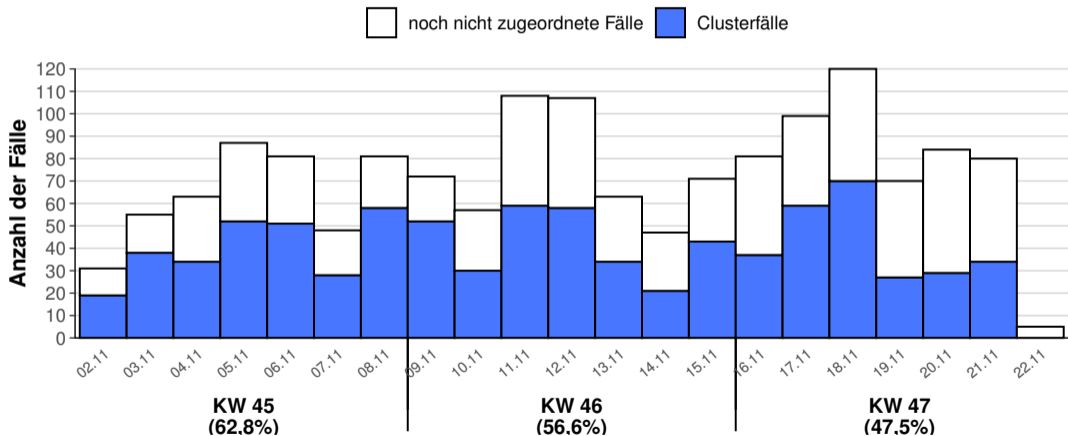
Salzburg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Salzburg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Zeitlicher Verlauf bis 26.11.2020

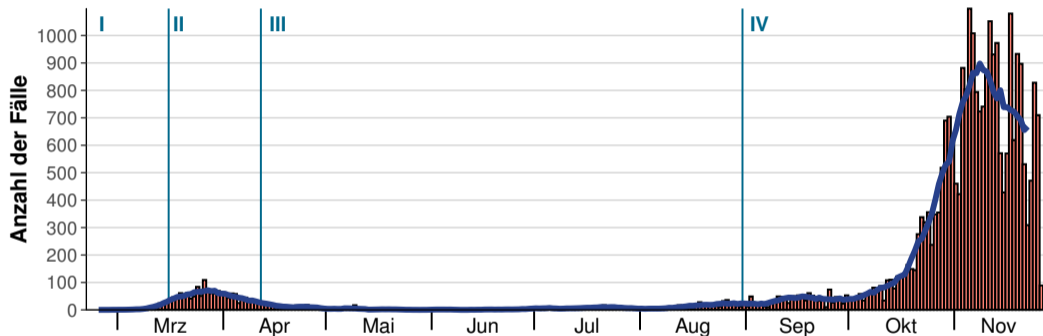


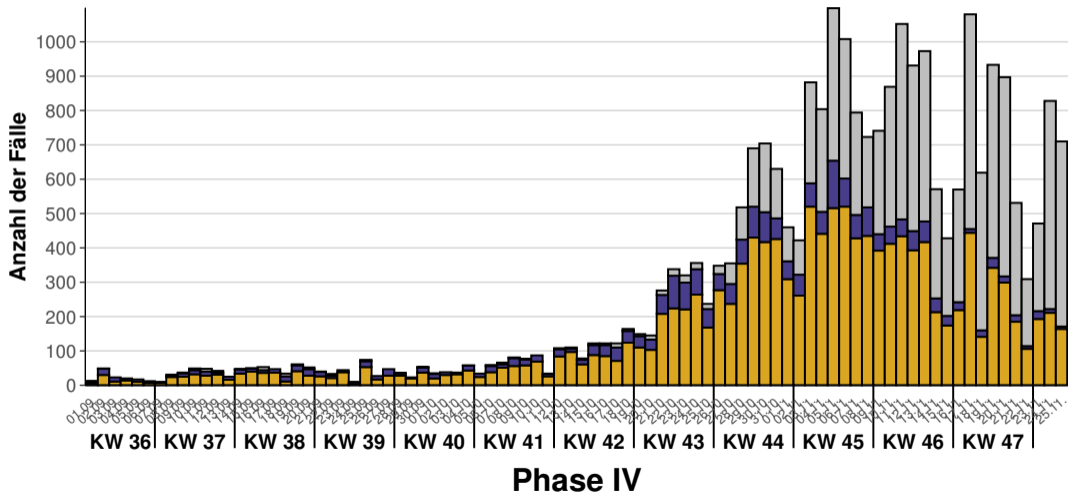
Abbildung 21: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Steiermark: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

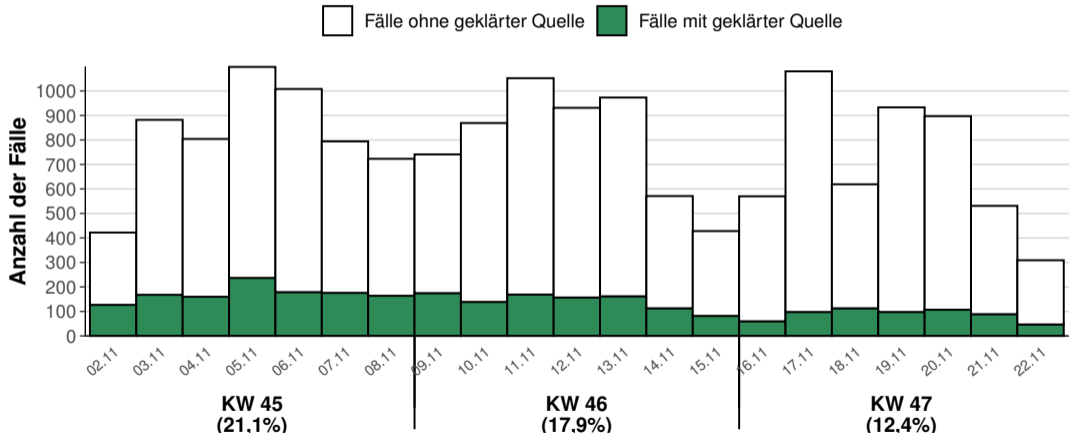
	42	43	44	45	46	47
Fälle Steiermark (N)	826	1.821	3.705	5.731	5.565	4.939
Fälle ungeklärt (n)	313	914	2.603	4.520	4.568	4.327
Indexfälle ³ (n)	144	289	347	412	272	79
Anteil geklärt	62,1%	49,8%	29,7%	21,1%	17,9%	12,4%
Fälle geklärt (n)	513	907	1.102	1.211	997	612
Clusterfälle (n)	637	1.155	1.387	1.542	1.162	600
sporadisch importierte Fälle (n)	11	15	5	1	5	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	490	864	1.037	1.128	890	521
Haushalt	42,2%	38,0%	54,5%	56,8%	61,3%	50,3%
Freizeit	22,0%	16,1%	12,9%	18,2%	8,7%	3,5%
Gesundheit-Sozial	14,9%	25,9%	17,9%	22,3%	21,2%	44,7%
Arbeit	7,3%	6,9%	5,8%	1,7%	4,9%	1,0%
Hotel-Gastro	0,4%	1,0%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%
Bildung	9,6%	6,9%	7,0%	0,8%	3,0%	0,6%
Transport	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	2,2%	3,0%	0,7%	0,1%	0,1%	0,0%
Haushalt (n)	207	328	565	641	546	262
Bildung (n)	47	60	73	9	27	3
Gesundheit-Sozial (n)	73	224	186	251	189	233
Reise (n)	11	26	7	1	1	0

Steiermark: Phase IV 01.09.2020 – 26.11.2020

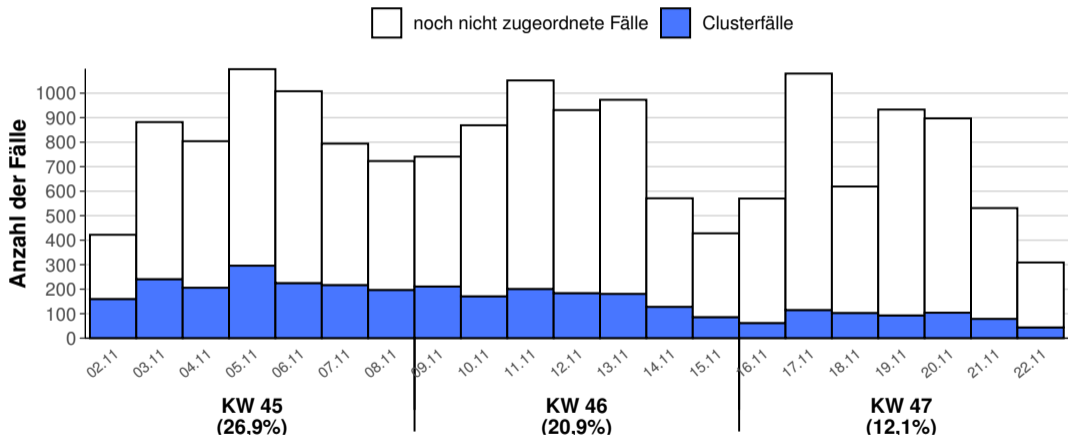
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



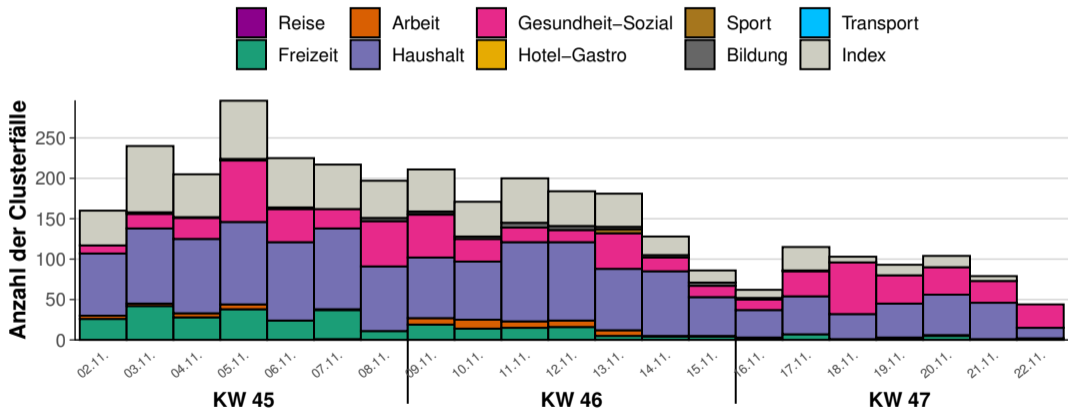
Steiermark: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Steiermark: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Steiermark: Epidemiologische Parameter I

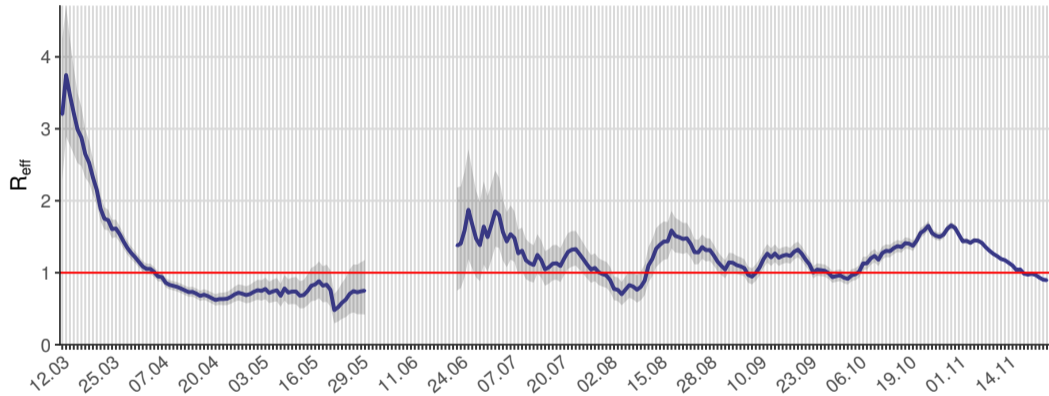


Abbildung 22: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 25.11. und 26.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Steiermark)

Steiermark: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 20: Schätzwerte des R_{eff} vom 15.11. bis zum 24.11.. (Steiermark)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
15.11	1,10	(1,08 - 1,12)
16.11	1,04	(1,02 - 1,06)
17.11	1,05	(1,03 - 1,07)
18.11	0,99	(0,97 - 1,01)
19.11	0,97	(0,96 - 0,99)
20.11	0,98	(0,97 - 1,00)
21.11	0,97	(0,95 - 0,99)
22.11	0,93	(0,91 - 0,95)
23.11	0,90	(0,89 - 0,92)
24.11	0,90	(0,88 - 0,91)

Steiermark: Altersverteilung I

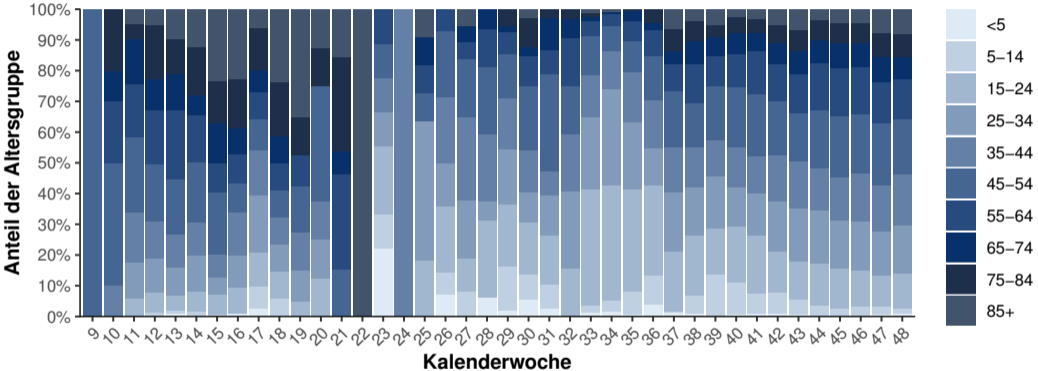


Abbildung 23: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Steiermark: Altersverteilung II

Tabelle 21: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

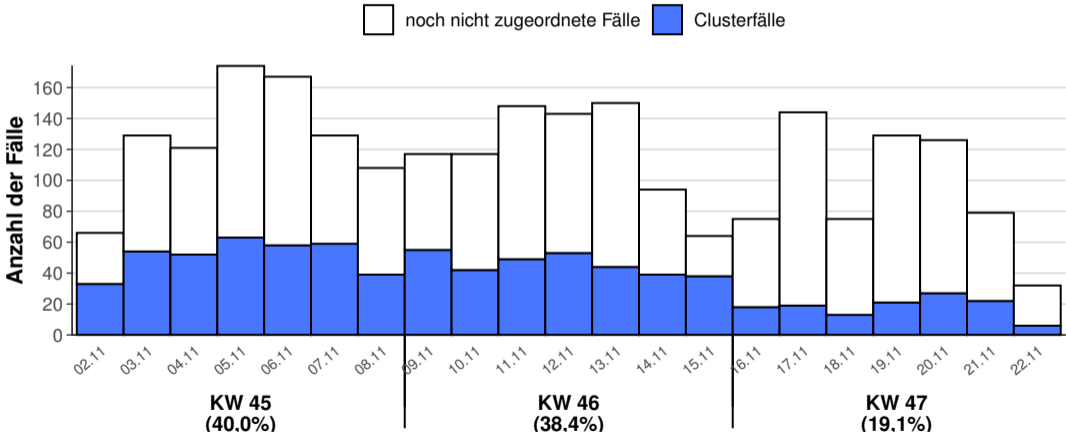
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
40	280	14	40.8	71.1
41	438	16	42.2	71.0
42	826	17	44.0	77.0
43	1.821	19	46.2	80.0
44	3.705	20	45.5	74.0
45	5.731	21	47.0	76.0
46	5.565	21	46.7	76.0
47	4.939	22	49.2	82.0

Steiermark: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 46, KW 47)

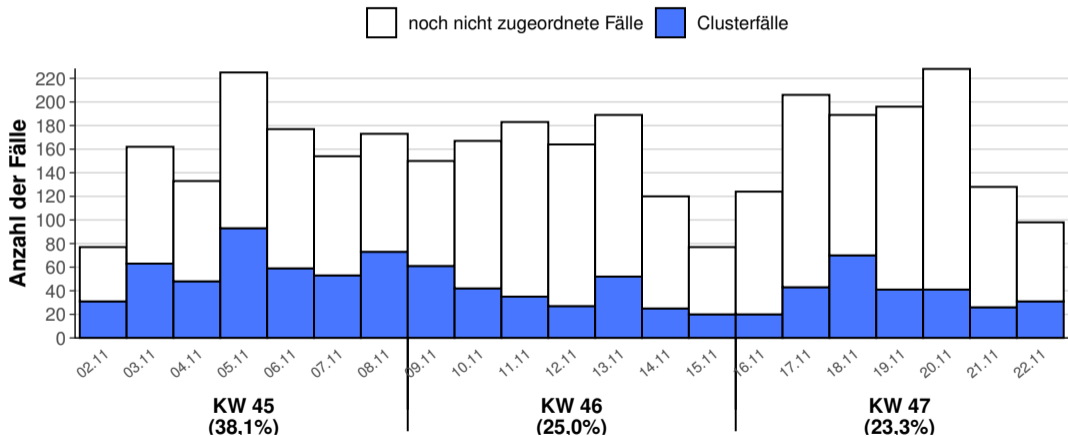
Tabelle 22: Verteilung der Infektionsfälle (KW 46 - 47 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 46							KW 47						
	klinische Manifestation							klinische Manifestation						
	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total	Symp.		Asymp.		Unbek.		Total
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	10	32,3	8	25,8	13	41,9	31	9	25,7	4	11,4	22	62,9	35
6-9	13	39,4	5	15,2	15	45,5	33	16	41,0	1	2,6	22	56,4	39
10-14	46	35,4	18	13,8	66	50,8	130	37	39,8	3	3,2	53	57,0	93
15-19	97	43,5	24	10,8	102	45,7	223	85	45,0	4	2,1	100	52,9	189
20-24	173	41,6	18	4,3	225	54,1	416	124	40,8	6	2,0	174	57,2	304
Total	339	40,7	73	8,8	421	50,5	833	271	41,1	18	2,7	371	56,2	660

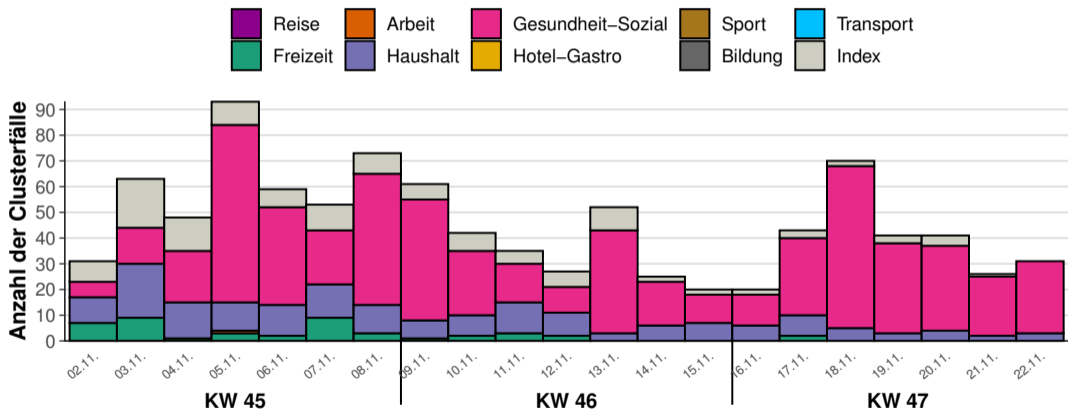
Steiermark: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Steiermark: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Zeitlicher Verlauf bis 26.11.2020

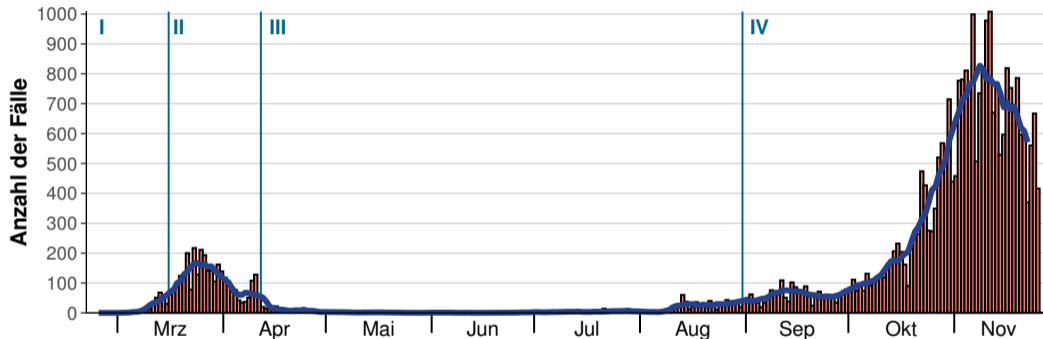


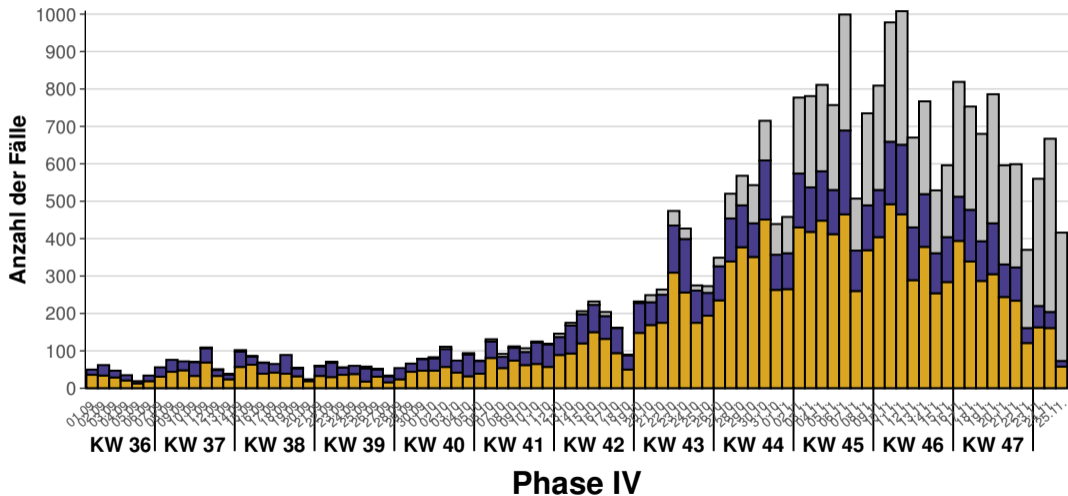
Abbildung 24: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Tirol: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

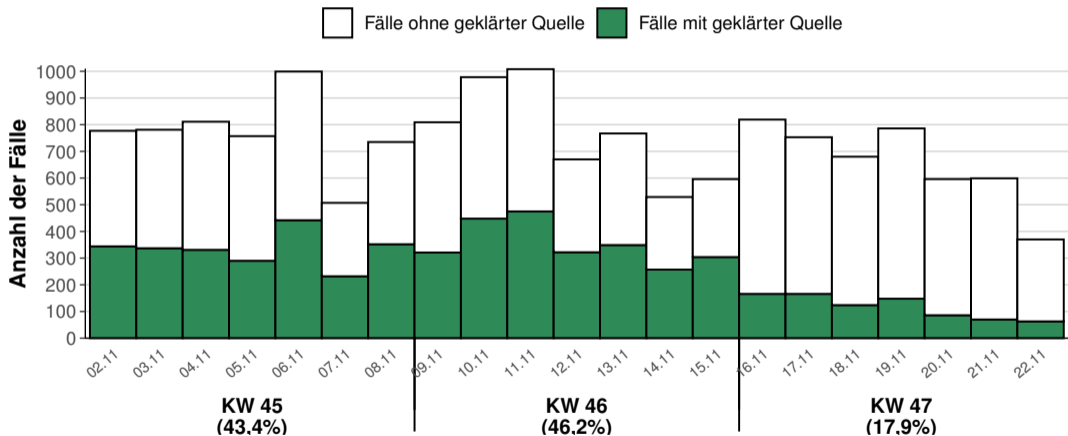
	42	43	44	45	46	47
Fälle Tirol (N)	1.215	2.194	3.592	5.367	5.357	4.603
Fälle ungeklärt (n)	413	994	1.827	3.039	2.881	3.780
Indexfälle ³ (n)	189	352	653	1.019	692	13
Anteil geklärt	66,0%	54,7%	49,1%	43,4%	46,2%	17,9%
Fälle geklärt (n)	802	1.200	1.765	2.328	2.476	823
Clusterfälle (n)	924	1.446	2.279	3.164	2.911	386
sporadisch importierte Fälle (n)	14	9	21	27	11	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	744	1.099	1.644	2.167	2.222	373
Haushalt	36,8%	40,8%	56,5%	61,7%	64,6%	79,4%
Freizeit	37,2%	36,7%	27,2%	24,3%	21,9%	2,4%
Gesundheit-Sozial	6,7%	7,6%	8,3%	10,1%	8,7%	15,8%
Arbeit	4,6%	6,1%	1,1%	0,3%	0,5%	0,3%
Hotel-Gastro	0,5%	0,2%	0,9%	0,5%	0,0%	0,0%
Bildung	10,8%	5,8%	2,9%	0,5%	3,4%	2,1%
Transport	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Reise	3,1%	2,1%	2,1%	2,2%	0,8%	0,0%
Haushalt (n)	274	448	929	1.338	1.436	296
Bildung (n)	80	64	47	10	76	8
Gesundheit-Sozial (n)	50	83	137	219	194	59
Reise (n)	23	23	34	47	18	0

Tirol: Phase IV 01.09.2020 – 26.11.2020

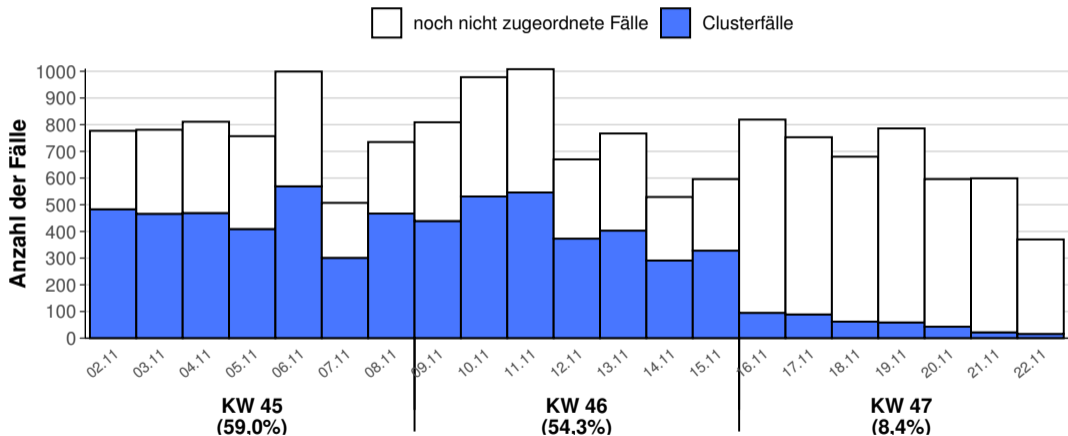
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



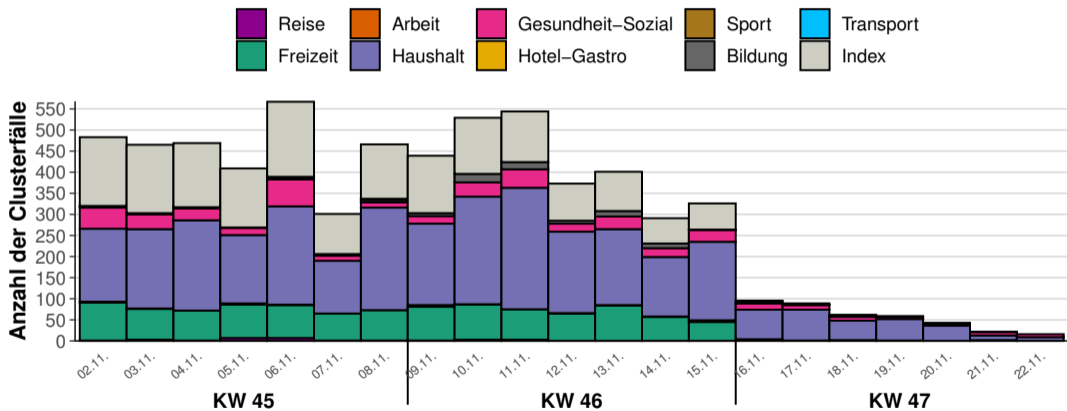
Tirol: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Epidemiologische Parameter I

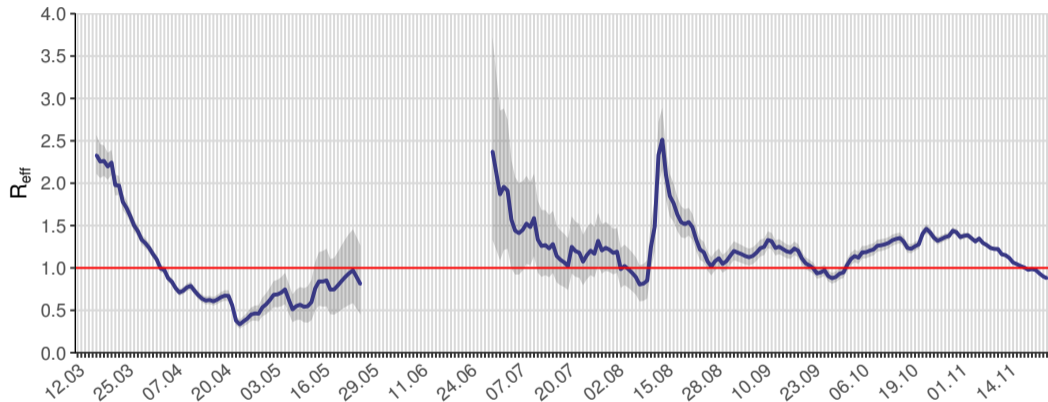


Abbildung 25: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 25.11. und 26.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Tirol)

Tirol: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 23: Schätzwerte des R_{eff} vom 15.11. bis zum 24.11.. (Tirol)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
15.11	1,06	(1,04 - 1,09)
16.11	1,04	(1,02 - 1,06)
17.11	1,02	(1,00 - 1,04)
18.11	1,00	(0,98 - 1,02)
19.11	0,98	(0,96 - 1,00)
20.11	0,99	(0,97 - 1,01)
21.11	0,98	(0,96 - 0,99)
22.11	0,93	(0,92 - 0,95)
23.11	0,90	(0,88 - 0,92)
24.11	0,88	(0,86 - 0,90)

Tirol: Altersverteilung I

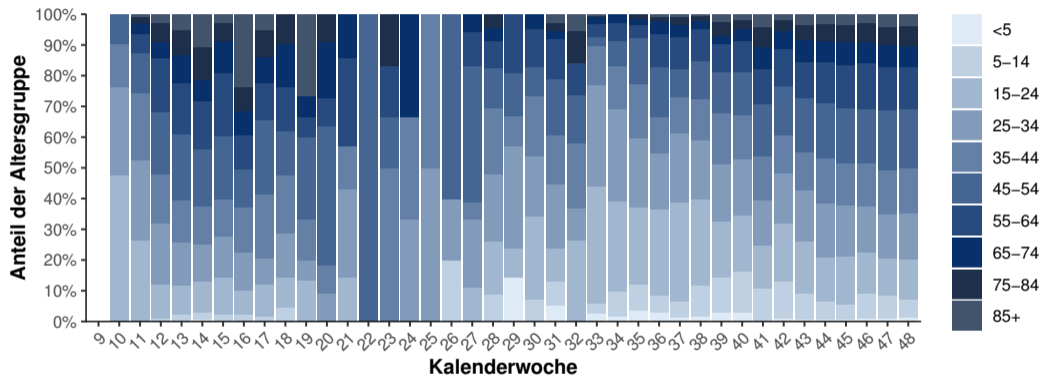


Abbildung 26: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Tirol: Altersverteilung II

Tabelle 24: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

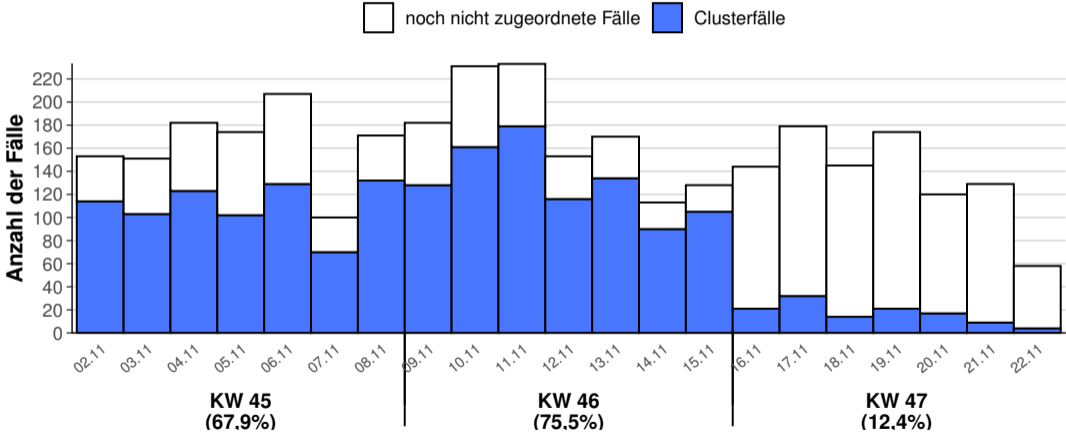
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
40	561	10	35.5	62
41	760	14	42.8	76
42	1.215	12	38.2	66
43	2.194	16	41.7	72
44	3.592	18	43.1	72
45	5.367	18	43.8	73
46	5.357	15	43.2	73
47	4.603	16	44.3	75

Tirol: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 46, KW 47)

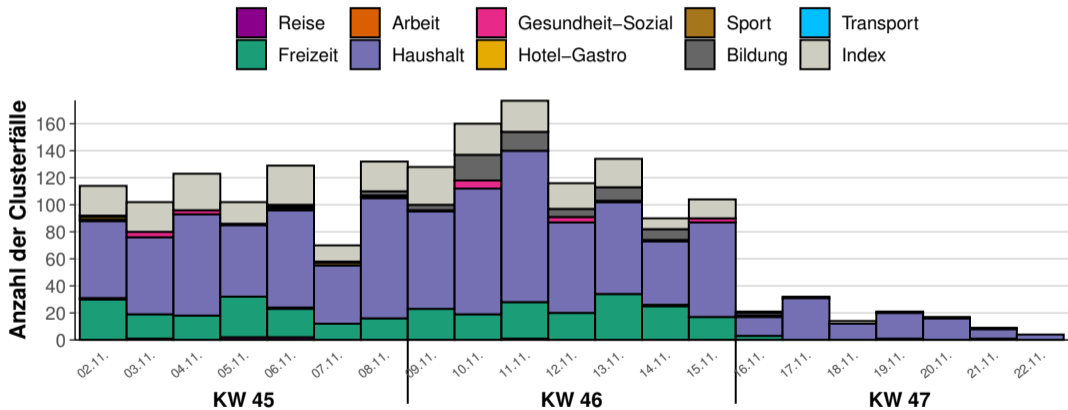
Tabelle 25: Verteilung der Infektionsfälle (KW 46 - 47 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 46							KW 47						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	27	33,8	33	41,2	20	25,0	80	18	26,5	26	38,2	24	35,3	68
6-9	31	22,8	70	51,5	35	25,7	136	29	26,4	38	34,5	43	39,1	110
10-14	91	33,2	112	40,9	71	25,9	274	56	26,9	64	30,8	88	42,3	208
15-19	142	46,3	59	19,2	106	34,5	307	96	37,9	44	17,4	113	44,7	253
20-24	193	46,7	60	14,5	160	38,7	413	153	49,4	32	10,3	125	40,3	310
Total	484	40,0	334	27,6	392	32,4	1210	352	37,1	204	21,5	393	41,4	949

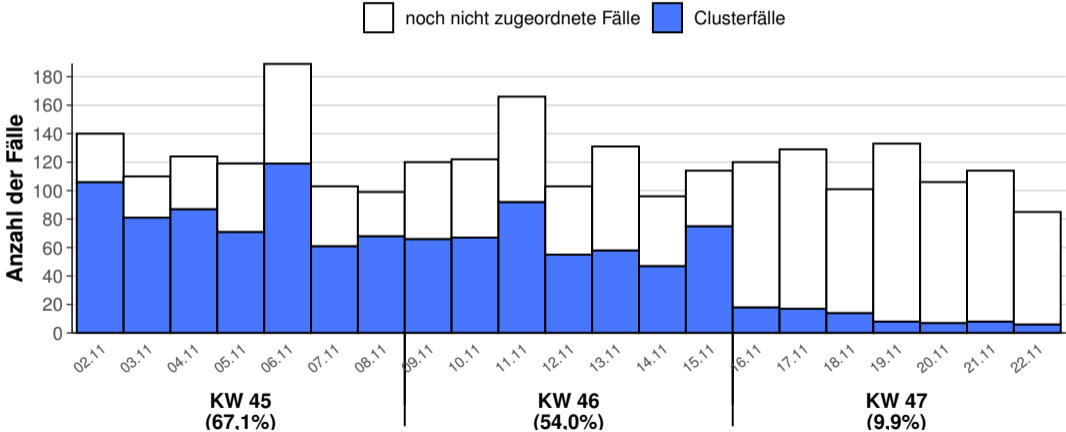
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



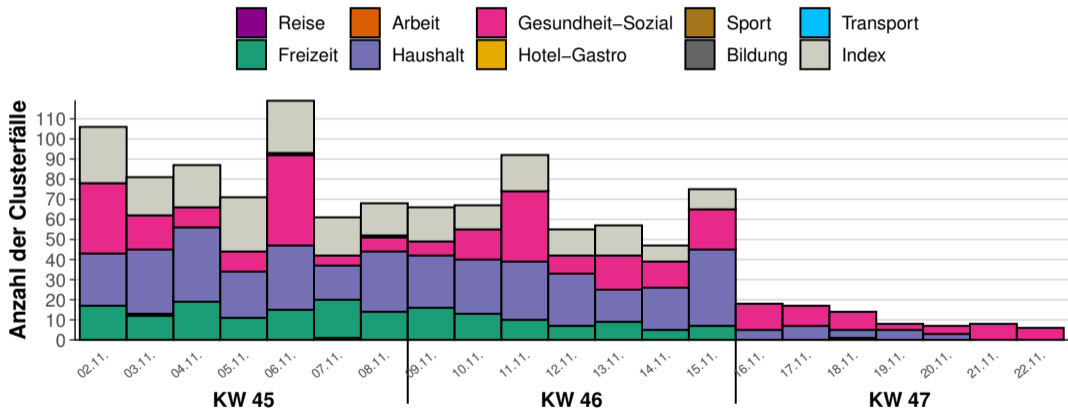
Tirol: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Tirol: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Zeitlicher Verlauf bis 26.11.2020

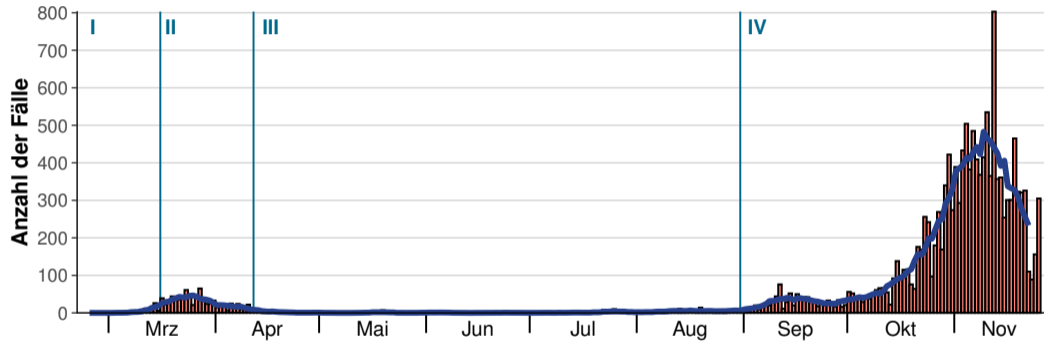


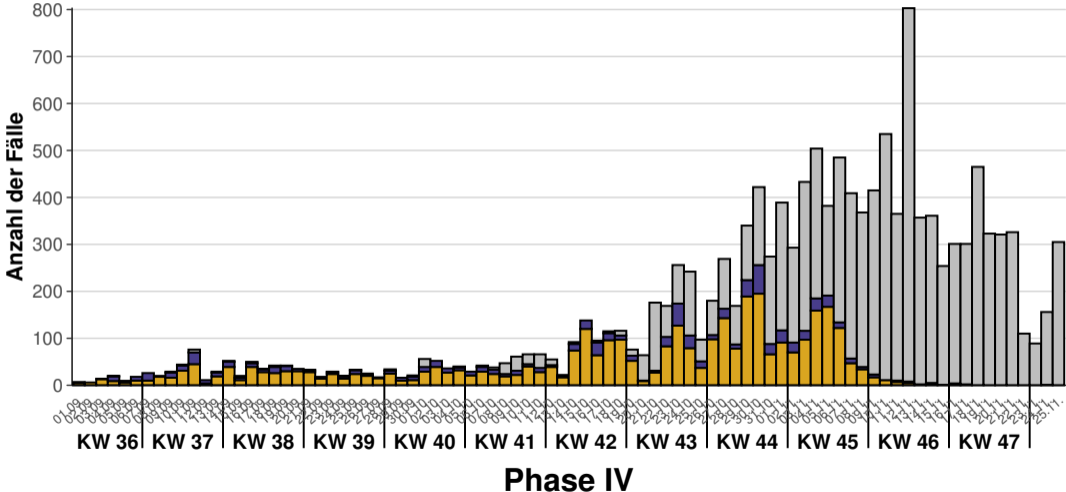
Abbildung 27: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Vorarlberg: Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

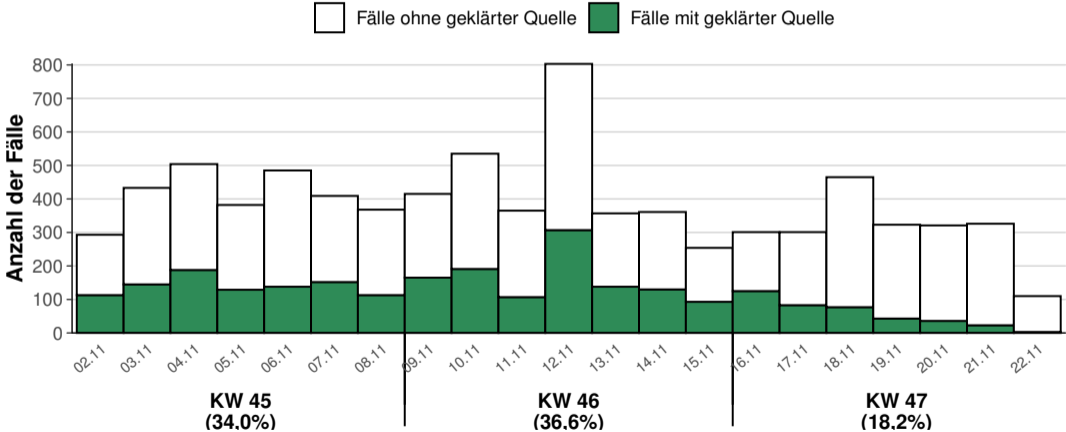
	42	43	44	45	46	47
Fälle Vorarlberg (N)	633	1.080	2.043	2.874	3.090	2.147
Fälle ungeklärt (n)	170	472	1.208	1.896	1.959	1.757
Indexfälle ³ (n)	91	180	338	490	228	25
Anteil geklärt	73,1%	56,3%	40,9%	34,0%	36,6%	18,2%
Fälle geklärt (n)	463	608	835	978	1.131	390
Clusterfälle (n)	542	769	1.167	1.451	1.310	401
sporadisch importierte Fälle (n)	11	16	3	5	5	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	441	578	829	949	1.073	374
Haushalt	44,9%	49,1%	69,4%	73,8%	79,8%	73,8%
Freizeit	22,0%	25,3%	16,3%	15,7%	10,4%	4,8%
Gesundheit-Sozial	6,8%	3,8%	3,7%	5,3%	3,9%	17,4%
Arbeit	9,5%	7,4%	4,7%	3,1%	3,9%	2,4%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,5%	0,1%	0,0%	0,0%
Bildung	13,2%	12,5%	4,0%	1,4%	1,2%	0,8%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	2,0%	0,5%	0,1%	0,2%	0,6%	0,8%
Haushalt (n)	198	284	575	700	856	276
Bildung (n)	58	72	33	13	13	3
Gesundheit-Sozial (n)	30	22	31	50	42	65
Reise (n)	9	3	1	2	6	3

Vorarlberg: Phase IV 01.09.2020 – 26.11.2020

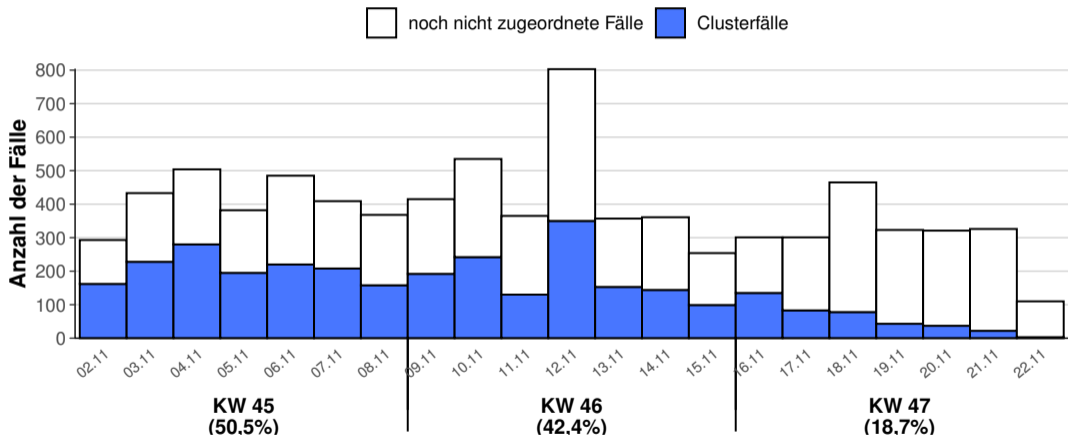
Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



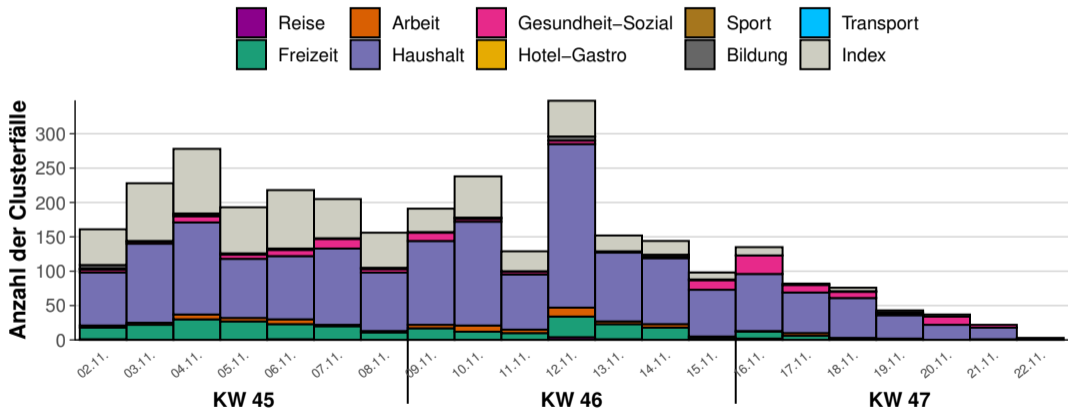
Vorarlberg: Fälle mit geklärter Quelle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle nach Labordiagnose; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Epidemiologische Parameter I

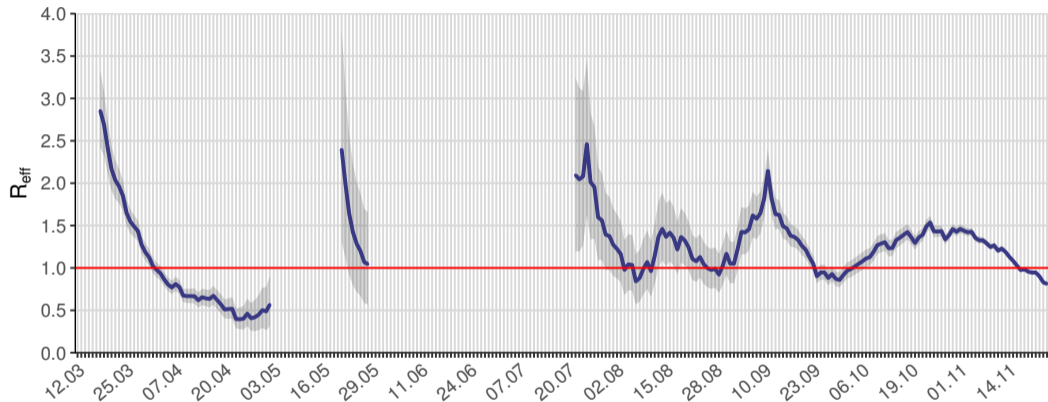


Abbildung 28: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 25.11. und 26.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Vorarlberg)

Vorarlberg: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 26: Schätzwerte des R_{eff} vom 15.11. bis zum 24.11.. (Vorarlberg)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
15.11	1,08	(1,06 - 1,11)
16.11	1,03	(1,00 - 1,06)
17.11	0,98	(0,95 - 1,00)
18.11	0,98	(0,96 - 1,01)
19.11	0,96	(0,93 - 0,98)
20.11	0,95	(0,92 - 0,97)
21.11	0,95	(0,92 - 0,97)
22.11	0,90	(0,87 - 0,93)
23.11	0,83	(0,81 - 0,85)
24.11	0,81	(0,79 - 0,84)

Vorarlberg: Altersverteilung I

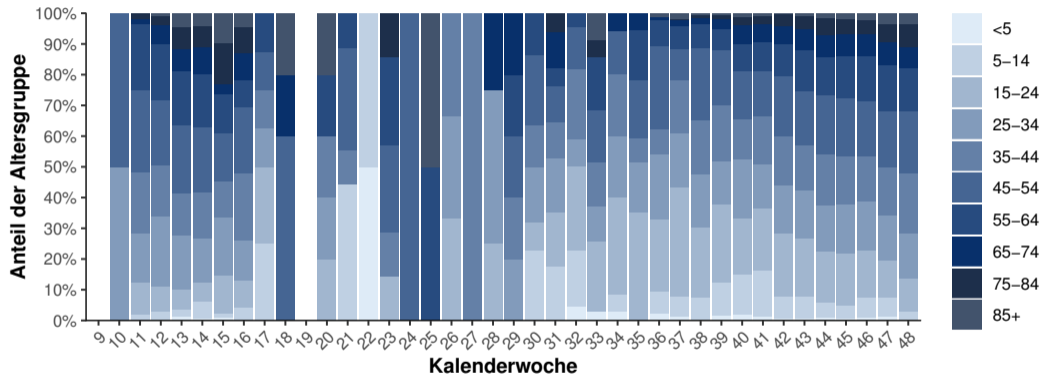


Abbildung 29: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Vorarlberg: Altersverteilung II

Tabelle 27: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

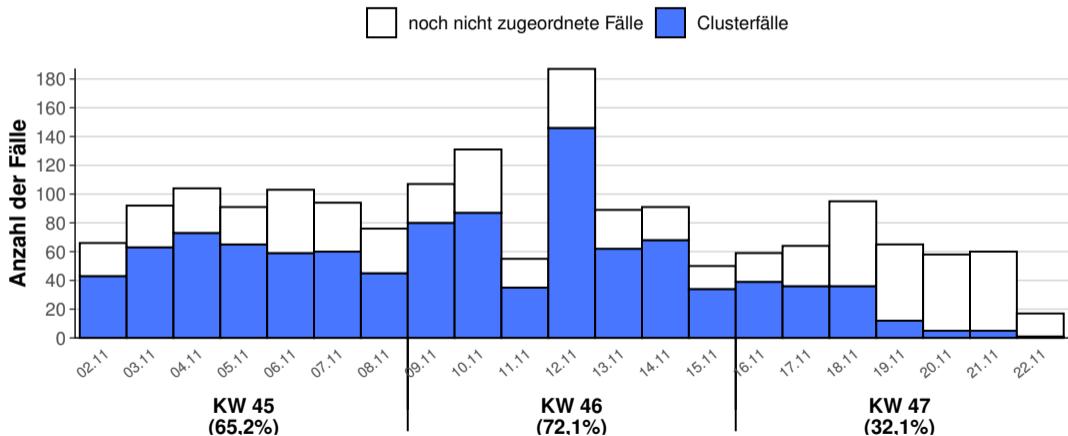
Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
40	255	12	36.1	63.0
41	349	12	35.7	62.2
42	633	15	38.8	64.0
43	1.080	16	40.3	66.1
44	2.043	17	42.3	71.0
45	2.874	18	42.5	70.0
46	3.090	16	42.3	69.0
47	2.147	17	44.5	73.0

Vorarlberg: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 46, KW 47)

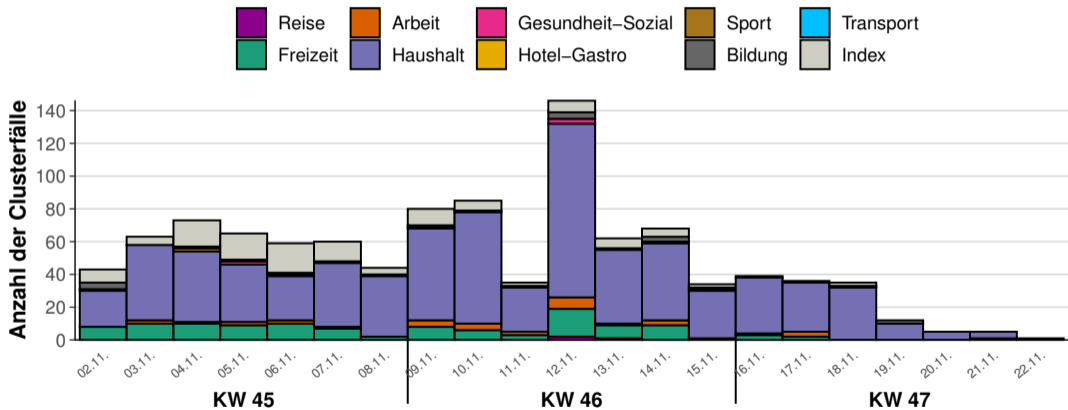
Tabelle 28: Verteilung der Infektionsfälle (KW 46 - 47 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 46							KW 47						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
<6	0	0,0	0	0,0	46	100,0	46	0	0,0	0	0,0	32	100,0	32
6-9	0	0,0	0	0,0	54	100,0	54	0	0,0	0	0,0	37	100,0	37
10-14	4	3,1	2	1,5	124	95,4	130	0	0,0	0	0,0	92	100,0	92
15-19	1	0,4	1	0,4	224	99,1	226	0	0,0	0	0,0	118	100,0	118
20-24	15	5,9	3	1,2	236	92,9	254	0	0,0	0	0,0	139	100,0	139
Total	20	2,8	6	0,8	684	96,3	710	0	0,0	0	0,0	418	100,0	418

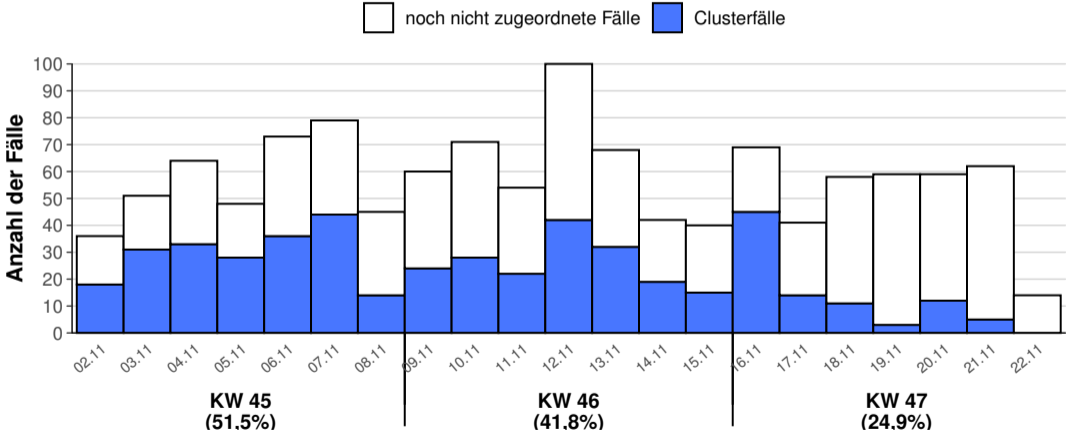
Vorarlberg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei <25-Jährigen nach Labordiagnose und Setting der Übertragung; vergangene 3 KW



Vorarlberg: Clusterfälle bei >64-Jährigen nach Labordiagnose für die vergangenen 3 KW



Wien: Zeitlicher Verlauf bis 26.11.2020

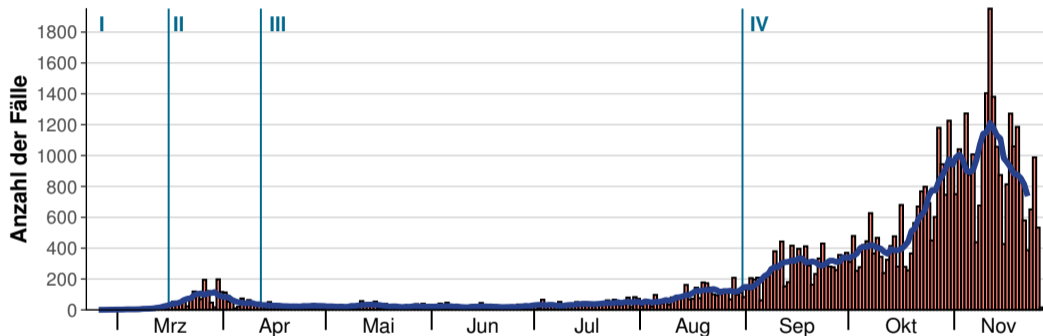
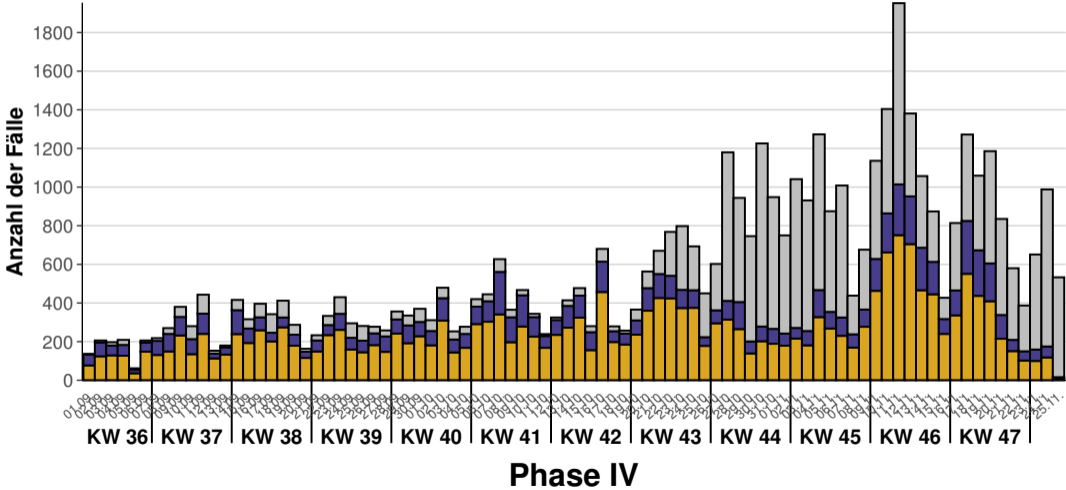


Abbildung 30: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung und gleitender Mittelwert (blau)

Wien: Phase IV 01.09.2020 – 26.11.2020

Unbekannt Asymptomatisch Symptomatisch



Wien: Epidemiologische Parameter I

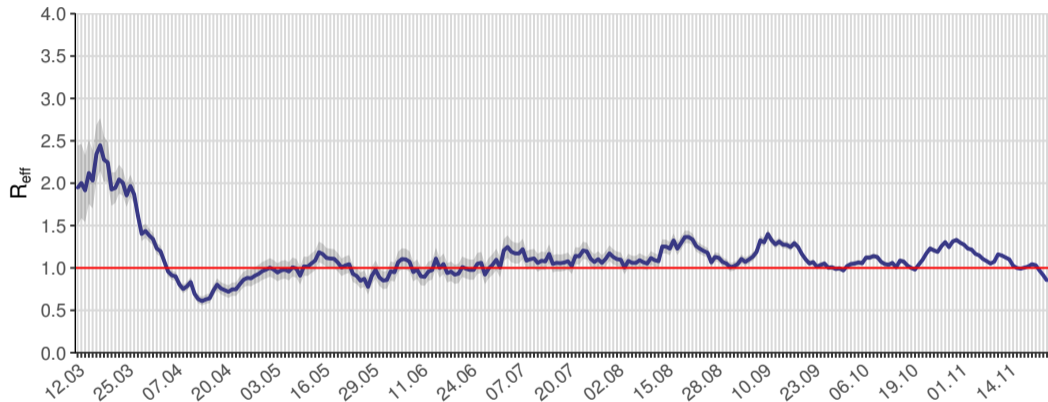


Abbildung 31: Geschätztes R_{eff} basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen. Fälle vom 25.11. und 26.11. sind exkludiert (eventuell unvollständige Daten). (Wien)

Wien: Epidemiologische Parameter II

Tabelle 29: Schätzwerte des R_{eff} vom 15.11. bis zum 24.11.. (Wien)

	R_{eff}	95% Konfidenzintervall
15.11	1,03	(1,01 - 1,04)
16.11	1,00	(0,98 - 1,02)
17.11	0,99	(0,97 - 1,01)
18.11	1,00	(0,99 - 1,02)
19.11	1,02	(1,00 - 1,03)
20.11	1,04	(1,03 - 1,06)
21.11	1,03	(1,02 - 1,05)
22.11	0,97	(0,95 - 0,99)
23.11	0,91	(0,90 - 0,93)
24.11	0,85	(0,83 - 0,86)

Wien: Altersverteilung I

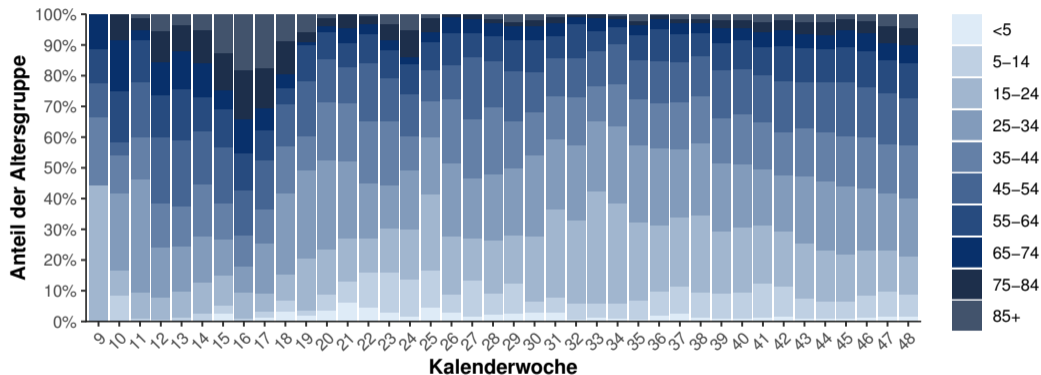


Abbildung 32: Altersverteilung der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose. Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Wien: Altersverteilung II

Tabelle 30: Anzahl und Altersdurchschnitt der Fälle nach Kalenderwoche der Labordiagnose.
Anmerkung: Die aktuelle Kalenderwoche ist noch nicht vollständig.

Kalenderwochen	Anzahl	10% Perzentil	Durchschnittsalter	90% Perzentil
40	2.381	15	36.9	62
41	2.907	13	37.5	65
42	2.712	14	38.3	65
43	4.308	16	39.4	67
44	6.396	18	40.1	67
45	6.242	18	40.2	66
46	8.231	16	40.3	67
47	6.133	15	41.6	73

Wien: Unter 25-Jährige klinische Manifestation (KW 46, KW 47)

Tabelle 31: Verteilung der Infektionsfälle (KW 46 - 47 und Alter unter 25 Jahren) nach Kalenderwoche, klinischer Manifestation und Altersgruppe

Alter	KW 46							KW 47						
	klinische Manifestation						Total	klinische Manifestation						Total
	Symp.		Asymp.		Unbek.			Symp.		Asymp.		Unbek.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<6	54	37,2	47	32,4	44	30,3	145	45	35,7	40	31,7	41	32,5	126
6-9	46	27,9	71	43,0	48	29,1	165	56	36,1	42	27,1	57	36,8	155
10-14	138	35,6	126	32,5	124	32,0	388	111	35,4	86	27,4	117	37,3	314
15-19	195	43,6	89	19,9	163	36,5	447	150	42,9	60	17,1	140	40,0	350
20-24	374	49,0	94	12,3	296	38,7	764	202	43,3	66	14,1	199	42,6	467
Total	807	42,3	427	22,4	675	35,4	1909	564	39,9	294	20,8	554	39,2	1412

Einschätzung der epidemiologischen Lage

vom 25.02.2021 im Auftrag des BMSGPK

1 Empfehlungen der Corona Kommission

Die analysierten Daten zeigen für die vergangenen 13 Epidemietage eine Änderungsrate von +1,84 (per 22.02.2021). Die 7-Tagesinzidenz für die österreichische Bevölkerung ist im Zeitraum 17.02.-23.02.2021 auf 138,13 pro 100.000 EW im Vergleich zu einer 7-Tagesinzidenz von 112,6/100.000 EW der Vorwoche gestiegen. Die effektive Reproduktionszahl (R_{eff}) lag zuletzt bei 1,09 (per 22.02.2021).

Im Rahmen der Beratung wurde besonderes Augenmerk auf die Altersgruppe der unter 25jährigen und der über 65jährigen gelegt. Dabei ist festzuhalten, dass in den vergangenen 3 Wochen ein überproportionaler Anstieg in der Altersgruppe der unter 25jährigen im Vergleich zu den anderen Altersgruppen feststellbar ist. Dieser kann mit der Einführung des systematischen Testens in Bildungseinrichtungen assoziiert werden. Im Gegensatz dazu konnten in der Gruppe der über 65jährigen nur geringe Anstiege verzeichnet werden.

Im Bildungsbereich würdigt die Corona Kommission die gesetzten Maßnahmen (Testen, Lüften, Maskentragen, etc.). Die Corona Kommission bringt zur Kenntnis, dass das Maßnahmenpaket in den Bildungseinrichtungen seit Schulöffnung anhand der Kennzahlen Clusteranzahl und Clustergröße sowie Verhältnis von Schüler-Index- zu Lehrer-Index-Fall laufend beurteilt werden. Die Clusteranalysen der AGES zeigen gegenwertig, dass die Infektionseinträge primär über die PädagogInnen erfolgen. Die Corona Kommission empfiehlt daher, die Testfrequenz bei den PädagogInnen und dem Betreuungspersonal zu erhöhen.

Seit Jahresbeginn kann ein relevanter Rückgang von Clustern in den Alten- und Pflegeheimen sowie im Gesundheitsbereich und der damit verbundenen Mortalität beobachtet werden. Dies kann mit den gesetzten Präventionsmaßnahmen und der mittlerweile hohen Durchimpfungsrate in dieser Bevölkerungsgruppe in Verbindung gebracht werden.

Die Belastung des Gesundheitssystems ist im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Die coronaspezifische Belastung der Intensivstationen lag per 24.2.2021 bei 12,6% bezogen auf alle gemeldeten Intensivbetten Österreichs. Die Prognoserechnungen zeigen erneute Anstiege der Auslastung von Intensivstationen auf 17% (343 Fälle) bis zum 10.3.2021.

Ein neuerlicher dynamischer Anstieg der inzidenten Fälle kann die Lage in den Intensivstationen zum Zusammenbruch bringen. Der angestrebte Regelbetrieb der Spitäler kann ab einer ICU-Auslastung von etwa 10% (= ca. 200 belegten Betten) wiederhergestellt werden. Die inzidenten täglichen Fälle müssten hierfür unter Berücksichtigung der aktuellen Altersstruktur und Hospitalisierungswahrscheinlichkeit konstant bei weniger als 1.250 liegen. Zusätzlich ist der aktuell bestehende Belag mit zu berücksichtigen, dessen Rückgang verhalten verläuft.

Das aktuell hohe Testgeschehen kann einer beschleunigten Verbreitung entgegenwirken. Der Effekt des erhöhten Testgeschehens sollte jedoch nicht überschätzt werden. Schätzungen ergeben, dass nicht mehr als 10-15% der aktuell detektierten inzidenten Fälle darauf zurückgeführt werden können. Es ist davon auszugehen, dass die lockerungsbedingten Effekte in Kombination mit der weiteren Varianten-Verbreitung den positiven Effekt des vermehrten Testaufkommens aufheben kann.

In der Mehrheit der Bundesländer ist anhand einer Analyse der Verdachtsfälle davon auszugehen, dass Infektionen mit der Mutation N501Y (voraussichtlich vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) das Infektionsgeschehen dominieren (57% österreichweit). Anhand der Ausbreitungsdynamik zwischen KW5 und KW7 lässt sich eine effektive Reproduktionszahl der Mutanten schätzen, die um durchschnittlich 27% höher (95% KI 25-29%) ist als die der vorangegangenen Variante. Unter den in KW5 bis KW7 geltenden Maßnahmen führte dies zu einer effektiven Reproduktionszahl von 1,22 der Mutante (95% KI 1,21-1,23) und 0,96 der vorangegangenen Variante (95% KI 0,948-0,965). Vor dem Hintergrund der gesetzten Lockerungsschritte ist von einer entsprechenden Erhöhung der effektiven Reproduktionszahl von sämtlichen Varianten auszugehen.

Zudem hat sich die Corona Kommission erneut zur Verbreitung der Virusvariante B1.351 beraten. Auf Basis der bisher vorliegenden Surveillance-Daten muss davon ausgegangen werden, dass nach wie vor Tirol am stärksten von dieser Variante betroffen ist. Gemäß aktuellem Wissensstand wird diese Virusvariante schlechter durch die derzeitigen Impfungen oder bisherigen Haupt-Typ-assoziierten Antikörper neutralisiert, es konnten bereits Reinfektionen durch diese Variante nachgewiesen werden. Bislang konnten die von Tirol gesetzten Maßnahmen (wie Testen der K1 & K2 Personen mit PCR-Verfahren; Kontaktpersonenerhebung bis zu 96 Stunden zurück, intensiviertes Testangebot mit Bereitstellung von PCR-Tests an die gesamte Bevölkerung, etc.) die Variantenverbreitung unter Kontrolle halten und möglicherweise auch dem Anstieg des R_{eff} entgegenwirken. Die Corona Kommission empfiehlt dem Land Tirol diese Maßnahmen in gleicher Effektivität fortzusetzen und empfiehlt insbesondere allen anderen Bundesländern für Gebiete mit hoher 7-Tages-Inzidenz diese ebenfalls zu implementieren.

Die Corona Kommission kommt auf Basis der Ausführungen zum Schluss, dass das Infektionsgeschehen ausgehend von einem hohen Niveau in der Mehrheit der Bundesländer deutliche Anstiege zeigt, die sich gemäß Prognosen fortsetzen werden. Die Corona Kommission empfiehlt daher die notwendigen präventiven Maßnahmen zur Kontaktreduktion sowie regelmäßige, flächendeckende Testungen zu forcieren und derzeit von allenfalls geplanten Lockerungsschritte zu überdenken. Bei anhaltenden Steigerungen des Infektionsgeschehen entsprechend der Simulationsrechnungen empfiehlt die Kommission bereits gesetzte Lockerungsschritte zu überprüfen und ab einer bundesweiten 7-Tagesinzidenz von $>200/100.000$ Einwohner diese auch gegebenenfalls zurückzunehmen. Die erneute Schließung von Bildungseinrichtungen sollte nur als Ultima Ratio in Betracht gezogen werden.

Mit fortschreitender Immunisierung der Risikopopulation ist davon auszugehen, dass die Systembelastung sinken wird. Trotz der sehr positiven Entwicklung hinsichtlich der Durchimpfungsrate der Bewohnerinnen und Bewohner der Alten- und Pflegeheime, ist

die Impfprävalenz insbesondere in der Altersgruppe der 60 bis 80ig jährigen aktuell jedoch noch zu niedrig, um dynamische Anstiege in den Intensivstationen zu verhindern.

Die Anstiege in den Intensivstationen erfolgen erfahrungsgemäß zeitversetzt zum Auftreten steigender Inzidenzen. Aus diesem Grund empfiehlt die Corona Kommission den Bundesländern Maßnahmen in den Spitälern zu setzen, um auf die bevorstehenden Anstiege in den Intensivstationen vorbereitet zu sein.

Die Entwicklungen sind weiterhin engmaschig zu beobachten und etwaige Lockerungsschritte daran zu knüpfen.

Weiterhin ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass die erforderliche Akzeptanz der Bevölkerung gewährleistet wird, um die notwendigen Rückgänge des Fallgeschehens erreichen zu können.

Insbesondere regt die Kommission an, für all jene Lebensbereiche Regelungen bzw. Handlungsempfehlungen zu etablieren, die derzeit noch nicht von durchgängigen Konzepten (vgl. Schulen oder Altenheime) erfasst sind. Dazu sind beispielhaft anzuführen:

- Erarbeitung von Präventionskonzepten in Mehrpersonenunternehmen
- Stichprobenartige risikobasierte behördliche Überprüfung der Einhaltung und Qualität
- Einbindung weiterer Behörden auf Landes- und Bundesebene
- Erarbeitung und Kommunikation von Handlungsempfehlungen für einen sicheren und optimierten Einsatz von Testmöglichkeiten im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten und privaten Treffen im Freien

2 Anlagen

- » GOEG/AGES: Systemrisiko Österreich
- » AGES: Covid-19, Maßnahmenbewertung, AGES, Abteilung
Infektionsepidemiologie & Surveillance, 24.2.2021 09:00
(auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 24.2.2021 07:00)

Level des Systemrisikos - Maßnahmen der Träger Organisationen

Risikostufe – Systemrisiko	Kontextinformation	Bewertung des Levels		Einstufung	Maßnahmen der Krankenanstaltenträger
	rohe 7 Tages- Inzidenz pro 100.000 EW	7 Tages-Inzidenz bei > 65 jährigen	Auslastung der Intensivbetten mit Covid Patienten		
Gering	<150/100.000 EW	>50/100.000 EW	< 10%	Level 1	ergreifen von Planungsmaßnahmen, wie der ICU Betten Bestand erweitert werden kann. (z.b. OP Management, Aufwachbetten etc) - innerhalb des jeweiligen Hauses
Erhöhtes	<150/100.000 EW	>100/100.000 EW	>10% & <25%	Level 2	Umsetzung der Planungsmaßnahmen von Level 0 sowie Planung der Kapazitätserweiterung durch zusätzlich Bettenkapazitäten ausserhalb des jeweiligen Hauses (z.b. Rehaeinrichtungen, Überregionale Kapazitätssicherung)
Mittleres	<150/100.000 EW	>100/100.000 EW	>25% & < 33%	Level 3	Umsetzung der Planungsmaßnahmen von Level 1 sowie Planung der Kapazitätserweiterung durch zusätzlich Bettenkapazitäten ausserhalb des jeweiligen Hauses (Barakenspitäler, Militärischer Einrichtungen, Hotels etc.)
Hohes	<250/100.000 EW	>100/100.000 EW	>33% & <50%	Level 4	Umsetzung der Planungsmaßnahmen von Level 2 Fortsetzung der Planungsmaßnahmen zur weiteren Entwicklung der Not Kapazitäten
Sanitärer Notstand	>250/100.000 EW	>100/100.000 EW	>50%	Level 5	



Covid-19, Maßnahmenbewertung

AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance

24.02.2021 09:00 (auf Basis des EMS-Falldatenstandes von 24.02.2021 07:00)

Österreich

Zusammenfassung

Tabelle 1: Österreich, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen. Informationen betreffend Abklärung und Setting der Übertragung beziehen sich auf die Anzahl der Fälle von Österreich exklusive der Fälle mit Wohnort Bundesland Wien.

	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Österreich (N)	10.971	10.158	9.559	9.219	9.576	11.854
Fälle¹ Österreich exkl. Wien (N)	8.934	8.329	7.680	7.468	7.475	9.192
Anteil asymptomatisch	19,1%	22,3%	23,0%	26,7%	25,9%	26,6%
Fälle asymptomatisch (n)	1.707	1.855	1.765	1.996	1.939	2.442
Fälle ungeklärt ² (n)	3.612	3.235	2.897	2.621	2.736	4.118
Indexfälle ³ (n)	1.686	1.588	1.560	1.418	1.468	1.131
Anteil geklärt	59,6%	61,2%	62,3%	64,9%	63,4%	55,2%
Fälle geklärt ⁴ (n)	5.322	5.094	4.783	4.847	4.739	5.074
Clusterfälle ⁵ (n)	6.421	6.103	5.938	5.900	5.942	5.693
sporadisch importierte Fälle (n)	75	56	38	43	40	25
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	4.731	4.502	4.359	4.462	4.458	4.541
Haushalt	60,0%	61,7%	62,1%	63,4%	66,0%	69,7%
Freizeit	15,5%	12,9%	15,1%	15,3%	15,6%	13,4%
Gesundheit-Sozial	18,4%	16,3%	12,7%	9,8%	6,2%	3,7%
Arbeit	3,6%	5,0%	6,3%	7,9%	8,6%	7,8%
Hotel-Gastro	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
Bildung	0,4%	2,3%	2,2%	2,0%	1,5%	3,6%
Transport	0,1%	0,1%	0,3%	0,3%	0,1%	0,2%
Reise	1,0%	0,4%	0,6%	0,4%	0,6%	0,5%
Haushalt (n)	2.838	2.779	2.705	2.827	2.944	3.166
Bildung (n)	19	104	94	88	68	164
Gesundheit-Sozial (n)	871	732	555	439	278	168
Reise (n)	48	20	26	16	25	21
Fälle¹ Wien (N)	2.037	1.829	1.879	1.751	2.101	2.662
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	2.161	1.088	1.147	1.140	1.363	1.428
Haushalt	60,1%	61,3%	61,0%	68,5%	74,1%	72,0%
Gesundheit-Sozial	33,0%	28,2%	27,7%	14,5%	8,3%	6,3%
Arbeit	2,9%	4,1%	4,8%	7,7%	7,4%	5,1%
Bildung	0,6%	1,8%	1,8%	3,4%	3,5%	9,4%
Freizeit	2,7%	4,6%	4,7%	5,0%	5,7%	6,5%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,5%	0,3%
Reise	0,6%	0,0%	0,0%	0,3%	0,5%	0,5%

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

³ Vermutete Quelle des Clusters

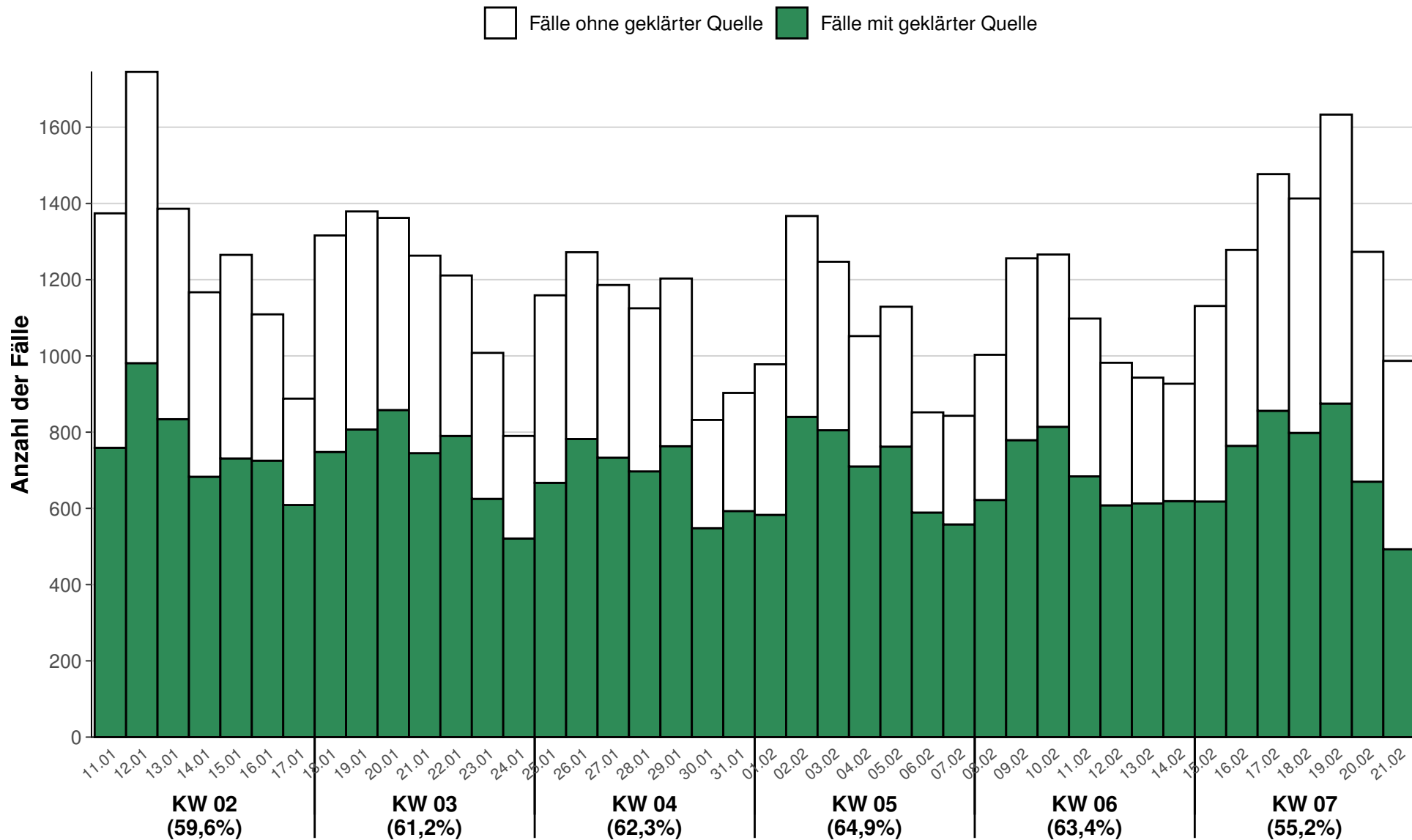
⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

⁶ Clusterfälle exkl. Indexfälle

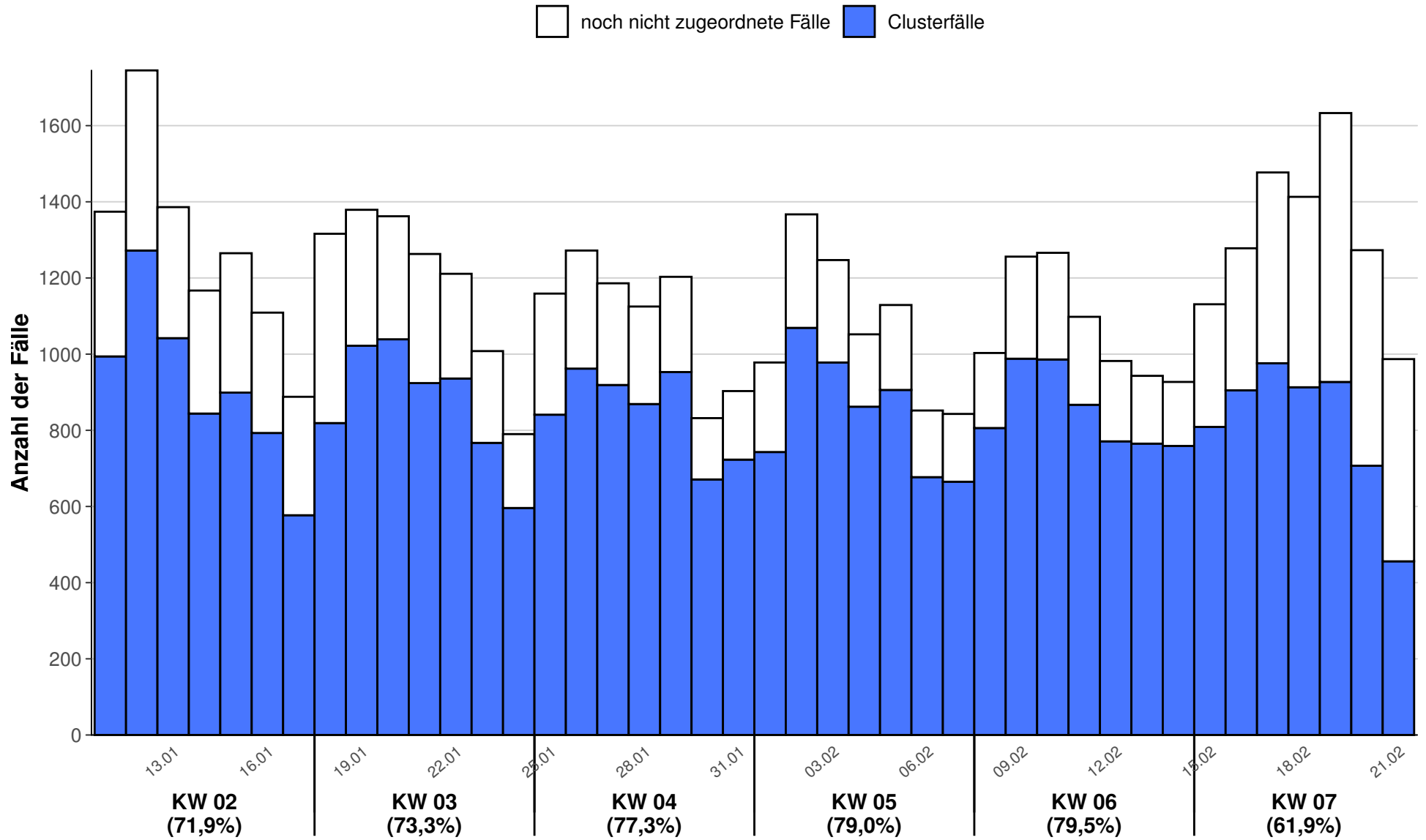
Geklärtc Fälle

Abbildung 1: Österreich (exklusive Wien), Fälle mit geklärcr Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



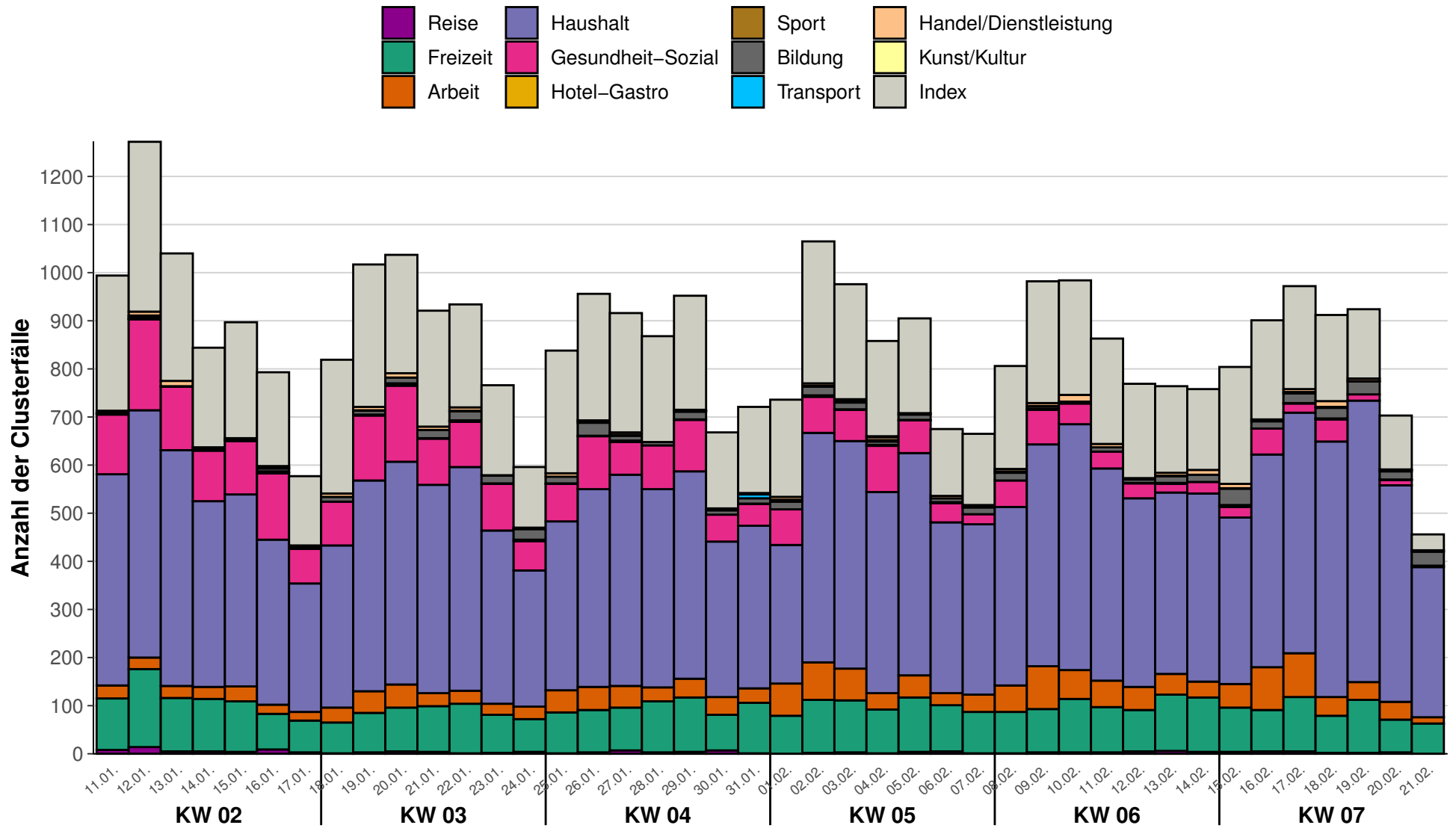
Clusterfälle

Abbildung 2: Österreich (exklusive Wien), Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 3: Österreich (exklusive Wien), Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Burgenland

Zusammenfassung

Tabelle 2: Burgenland, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Burgenland (N)	330	303	260	285	325	415
Anteil asymptomatisch	37,3%	35,3%	32,3%	44,2%	36,0%	34,0%
Fälle asymptomatisch (n)	123	107	84	126	117	141
Fälle ungeklärt ² (n)	97	127	106	109	122	161
Indexfälle ³ (n)	52	59	56	48	75	53
Anteil geklärt	70,6%	58,1%	59,2%	61,8%	62,5%	61,2%
Fälle geklärt ⁴ (n)	233	176	154	176	203	254
Clusterfälle ⁵ (n)	244	214	198	209	269	279
sporadisch importierte Fälle (n)	1	1	1	4	2	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	192	154	142	161	194	224
Haushalt	53,6%	63,6%	62,7%	57,8%	62,4%	62,5%
Freizeit	13,5%	16,9%	27,5%	18,0%	21,6%	22,8%
Gesundheit-Sozial	30,7%	16,2%	5,6%	19,9%	9,3%	7,6%
Arbeit	0,5%	2,6%	1,4%	4,3%	5,2%	3,6%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	0,0%	0,0%	2,8%	0,0%	0,5%	1,8%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
Haushalt (n)	103	98	89	93	121	140
Bildung (n)	0	0	4	0	1	4
Gesundheit-Sozial (n)	59	25	8	32	18	17
Reise (n)	3	0	0	0	0	3

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

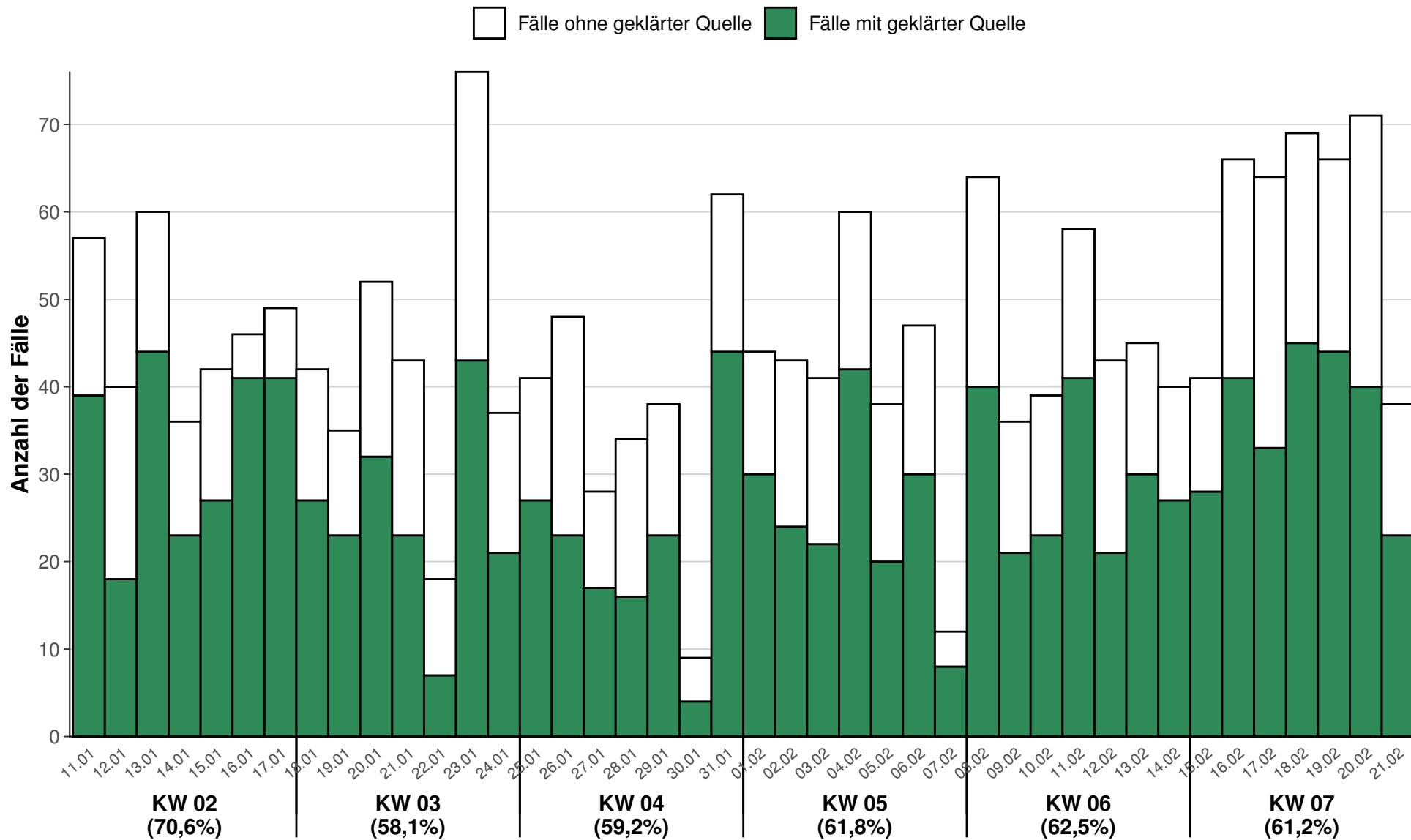
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

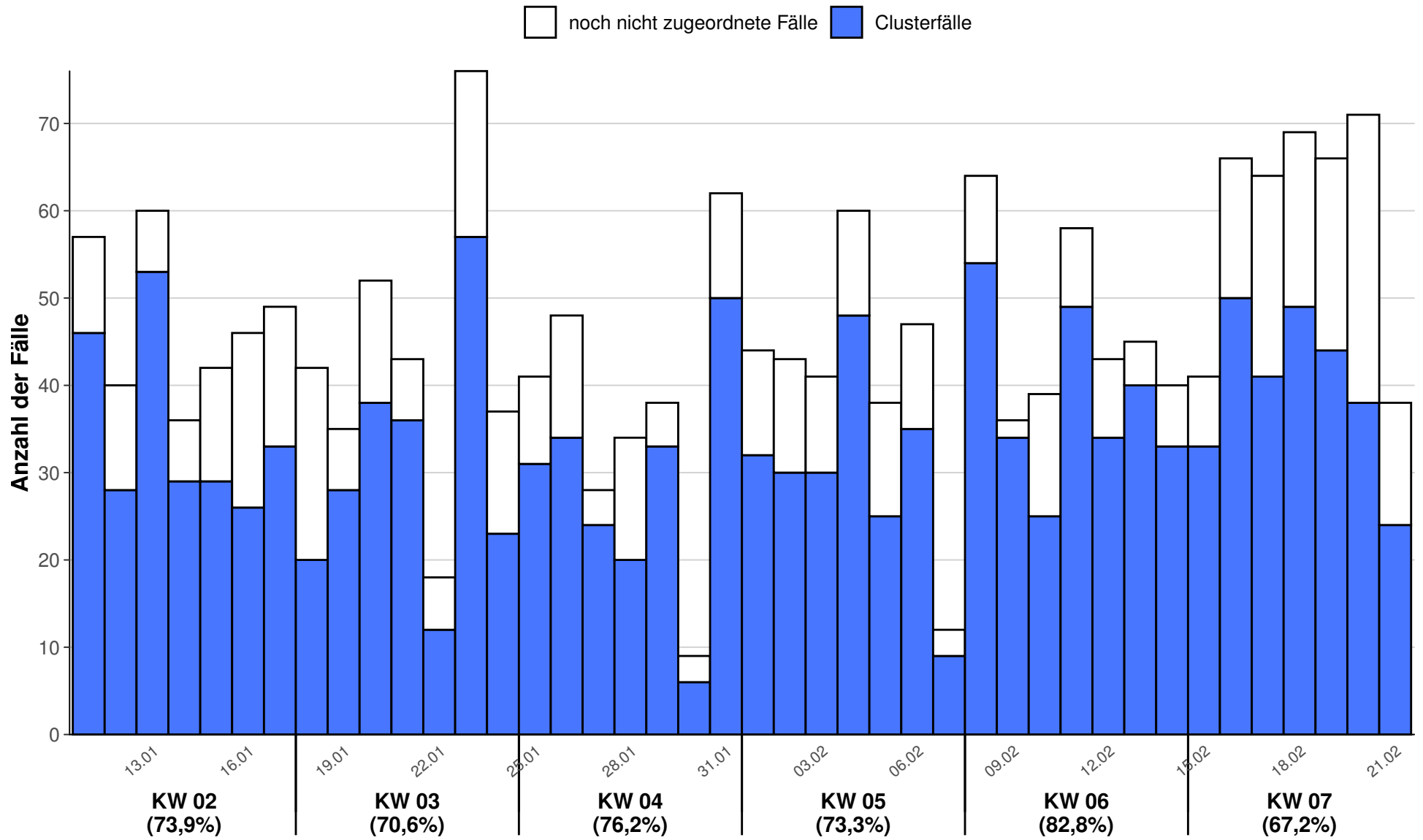
Geklärte Fälle

Abbildung 4: Burgenland, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



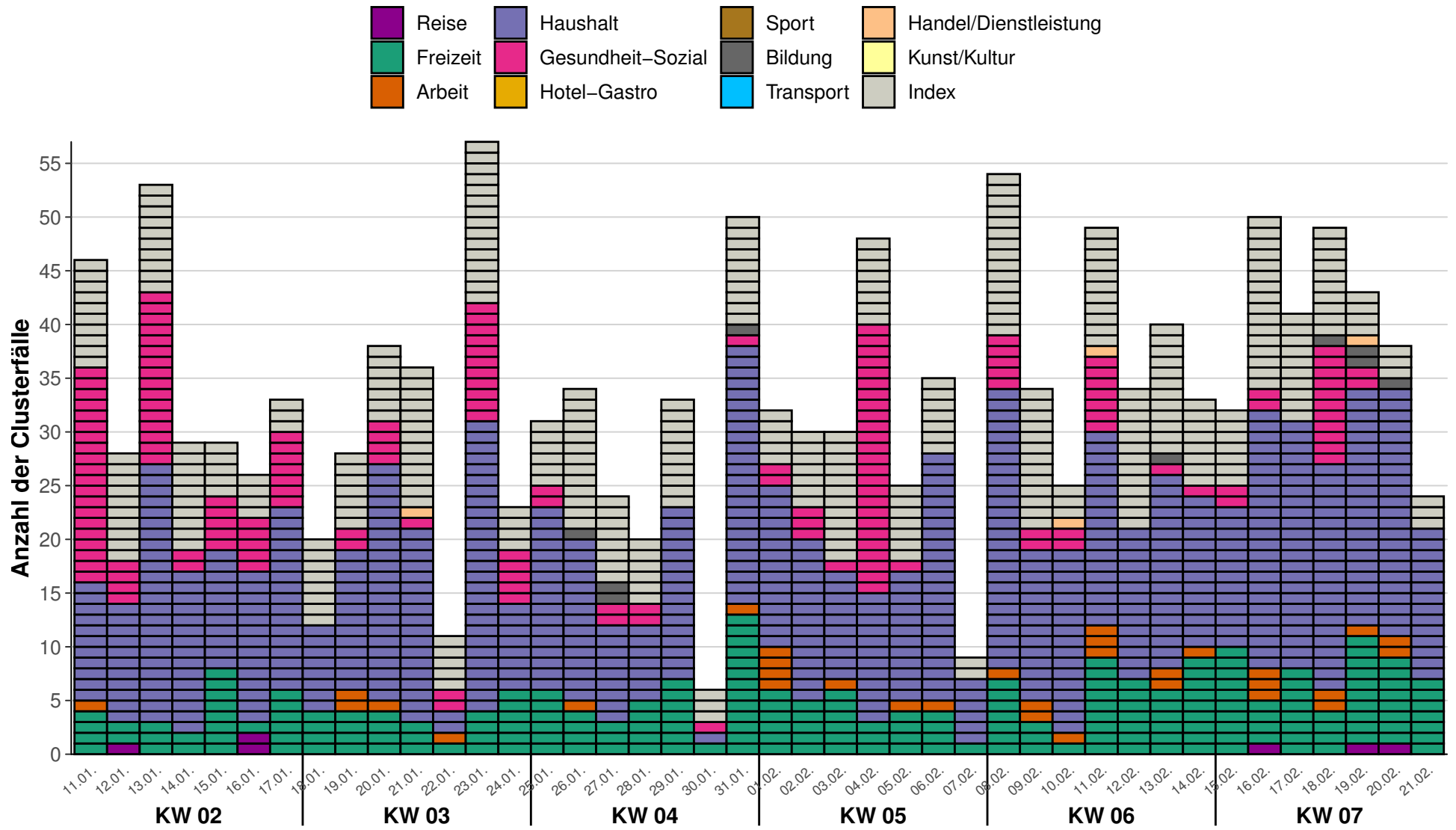
Clusterfälle

Abbildung 5: Burgenland, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 6: Burgenland, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Kärnten

Zusammenfassung

Tabelle 3: Kärnten, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Kärnten (N)	841	808	680	732	714	812
Anteil asymptomatisch	22,8%	20,8%	26,0%	29,0%	28,4%	29,2%
Fälle asymptomatisch (n)	192	168	177	212	203	237
Fälle ungeklärt ² (n)	471	454	337	323	300	377
Indexfälle ³ (n)	199	165	149	157	166	135
Anteil geklärt	44,0%	43,8%	50,4%	55,9%	58,0%	53,6%
Fälle geklärt ⁴ (n)	370	354	343	409	414	435
Clusterfälle ⁵ (n)	556	508	476	537	554	542
sporadisch importierte Fälle (n)	0	2	2	0	0	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	356	341	325	380	384	405
Haushalt	73,3%	68,9%	67,4%	74,5%	74,5%	85,2%
Freizeit	3,9%	4,4%	8,0%	10,0%	9,9%	6,2%
Gesundheit-Sozial	22,5%	21,7%	15,4%	2,1%	2,3%	2,5%
Arbeit	0,0%	2,1%	2,5%	4,7%	9,9%	4,2%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%
Bildung	0,0%	2,9%	6,2%	5,0%	1,6%	1,0%
Transport	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,2%
Reise	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%
Haushalt (n)	261	235	219	283	286	345
Bildung (n)	0	10	20	19	6	4
Gesundheit-Sozial (n)	80	74	50	8	9	10
Reise (n)	0	0	1	0	1	0

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

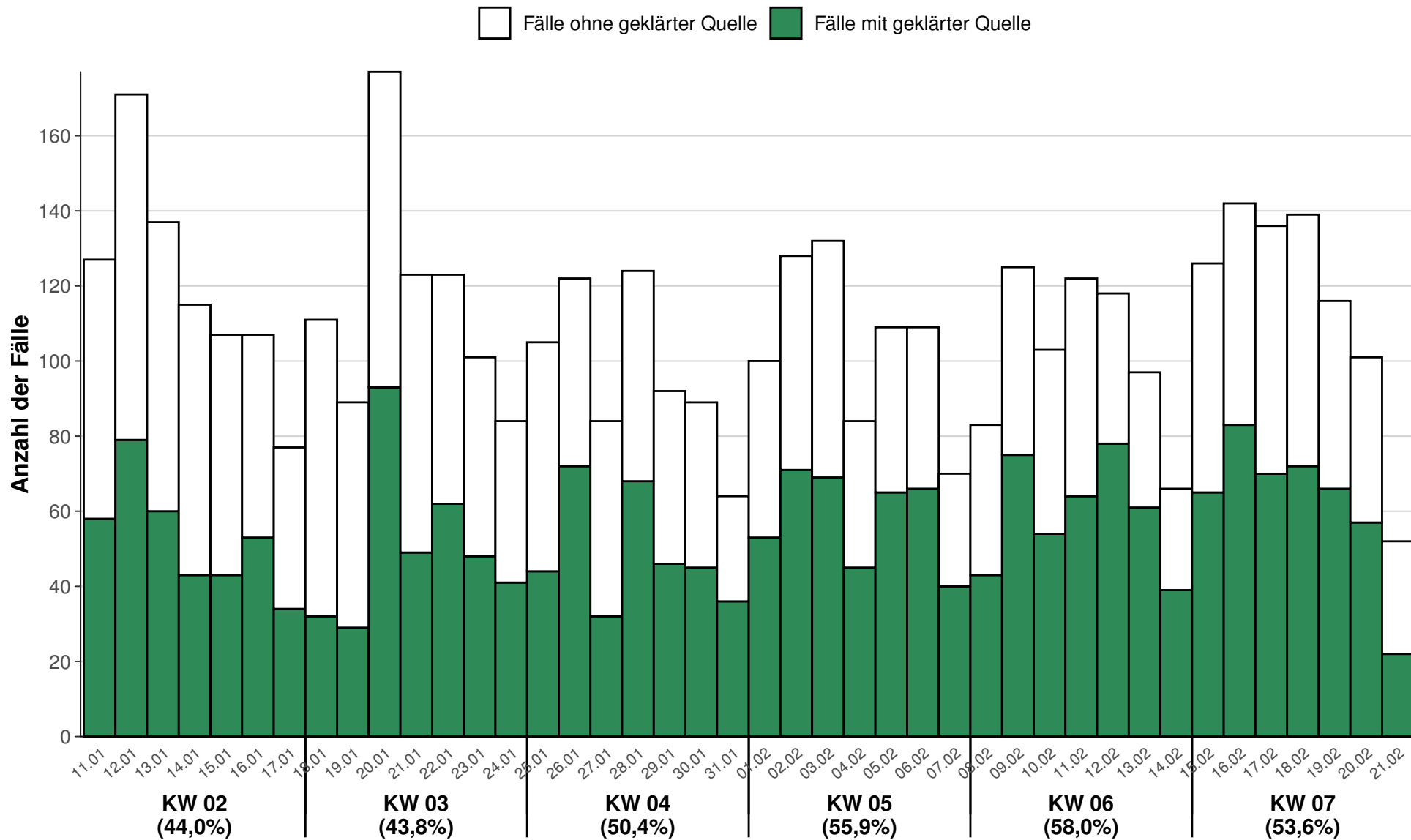
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

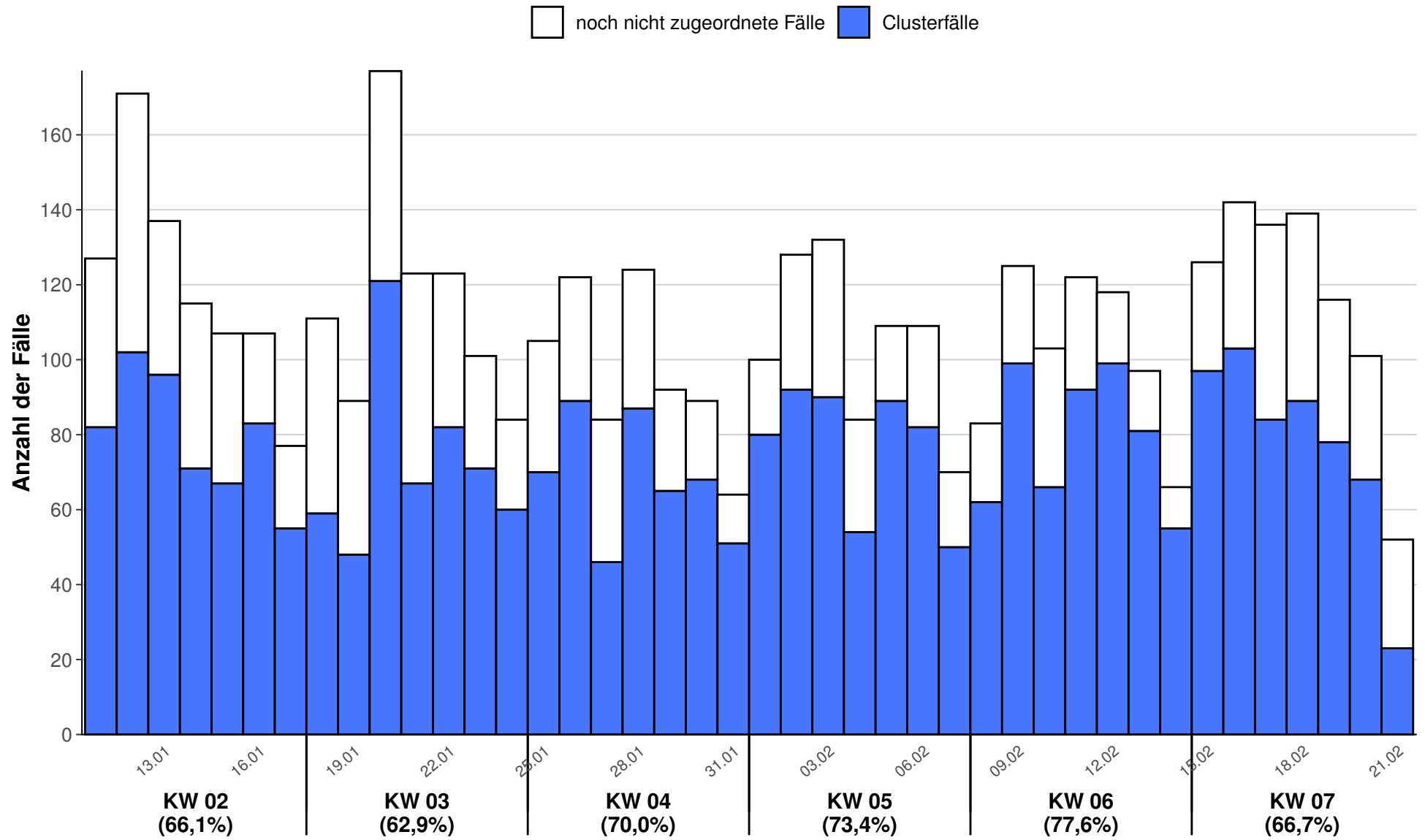
Geklärte Fälle

Abbildung 7: Kärnten, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



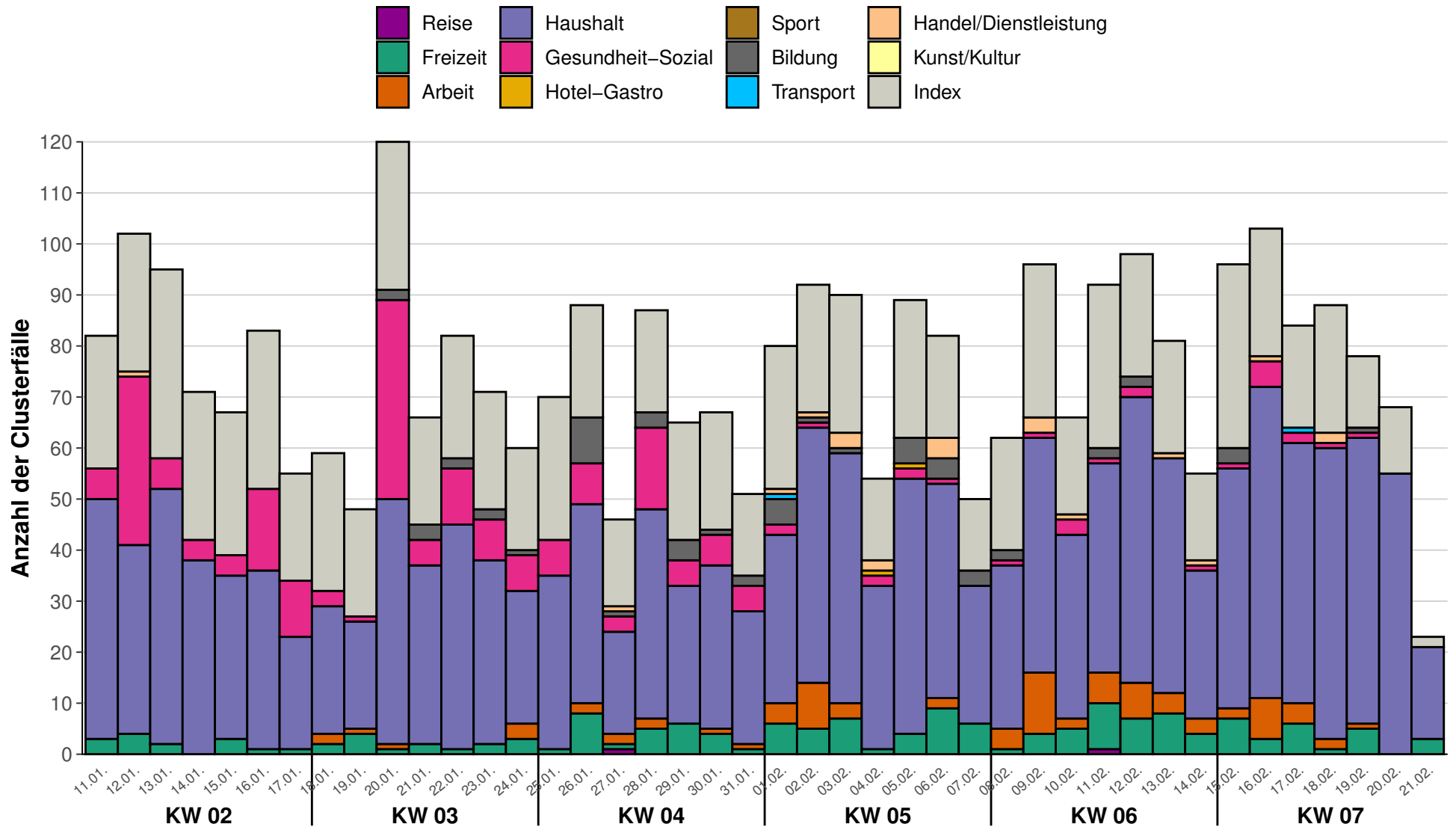
Clusterfälle

Abbildung 8: Kärnten, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 9: Kärnten, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Niederösterreich

Zusammenfassung

Tabelle 4: Niederösterreich, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Niederösterreich (N)	2.035	1.857	1.701	1.845	1.970	2.704
Anteil asymptomatisch	24,9%	28,8%	27,9%	38,3%	34,9%	36,0%
Fälle asymptomatisch (n)	507	534	475	706	687	974
Fälle ungeklärt ² (n)	624	620	585	576	658	1.303
Indexfälle ³ (n)	320	303	326	325	365	250
Anteil geklärt	69,3%	66,6%	65,6%	68,8%	66,6%	51,8%
Fälle geklärt ⁴ (n)	1.411	1.237	1.116	1.269	1.312	1.401
Clusterfälle ⁵ (n)	1.512	1.335	1.394	1.556	1.639	1.554
sporadisch importierte Fälle (n)	20	13	9	5	10	7
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	1.192	1.029	1.061	1.230	1.271	1.295
Haushalt	57,4%	59,5%	59,4%	56,3%	62,1%	62,3%
Freizeit	16,4%	11,4%	16,2%	16,9%	17,7%	15,5%
Gesundheit-Sozial	18,0%	16,9%	15,1%	13,2%	9,0%	5,6%
Arbeit	4,6%	7,1%	6,6%	11,1%	6,9%	6,5%
Hotel-Gastro	0,0%	0,2%	0,1%	0,4%	0,2%	0,2%
Bildung	0,3%	1,9%	1,4%	1,1%	2,2%	7,7%
Transport	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%
Reise	0,8%	0,7%	0,5%	0,5%	0,2%	0,5%
Haushalt (n)	684	612	630	693	789	807
Bildung (n)	4	20	15	13	28	100
Gesundheit-Sozial (n)	214	174	160	162	115	72
Reise (n)	10	7	5	6	2	6

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

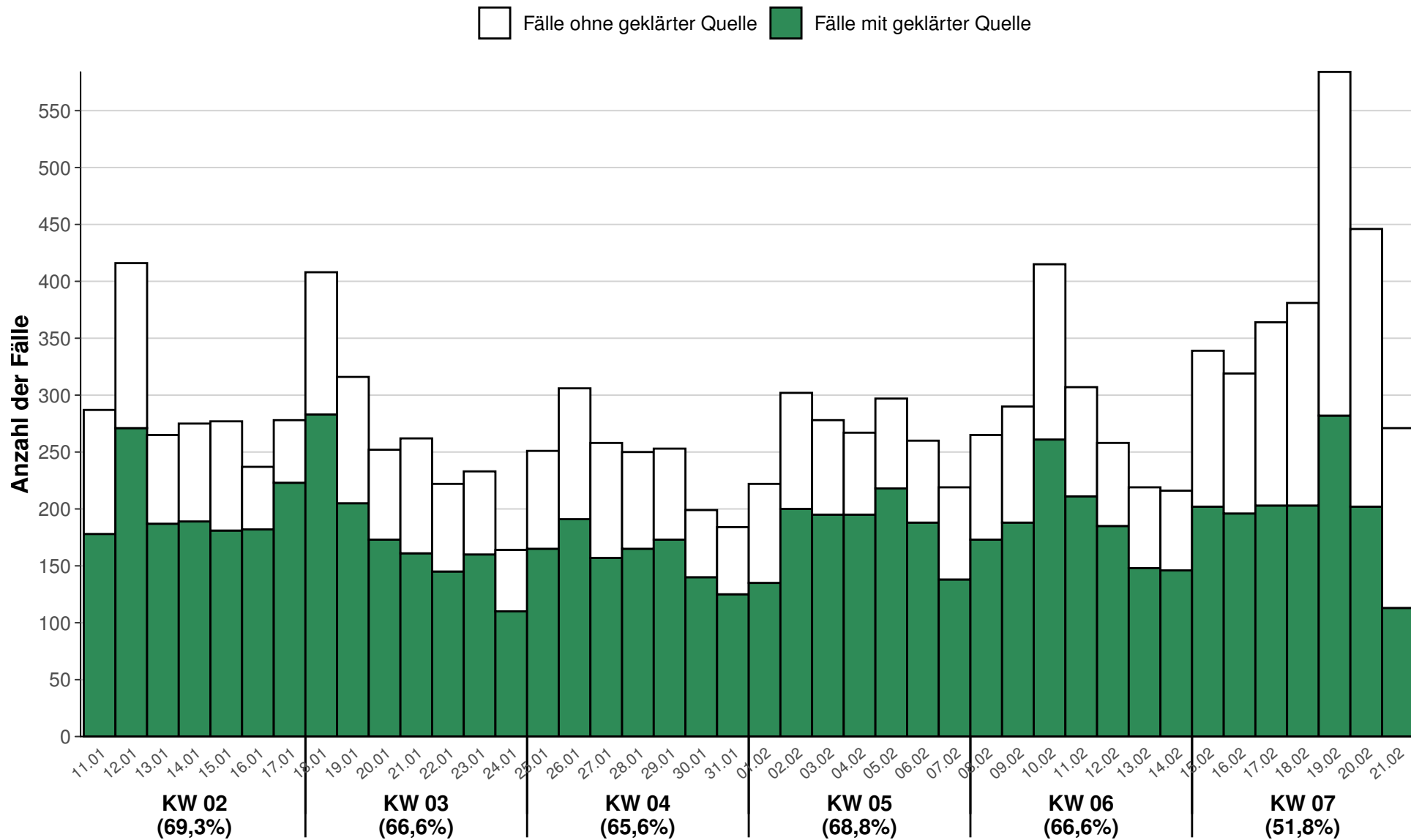
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

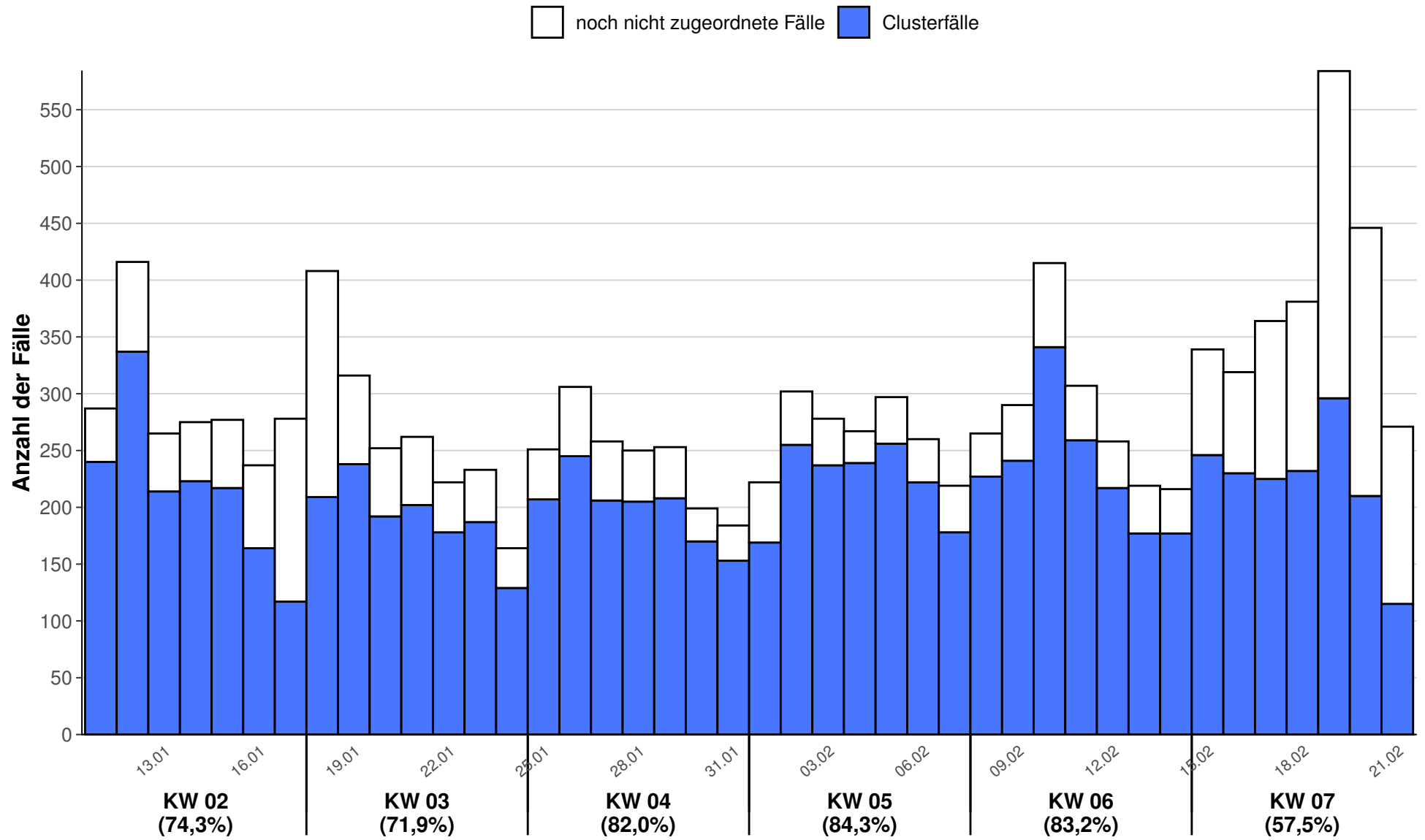
Geklärte Fälle

Abbildung 10: Niederösterreich, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



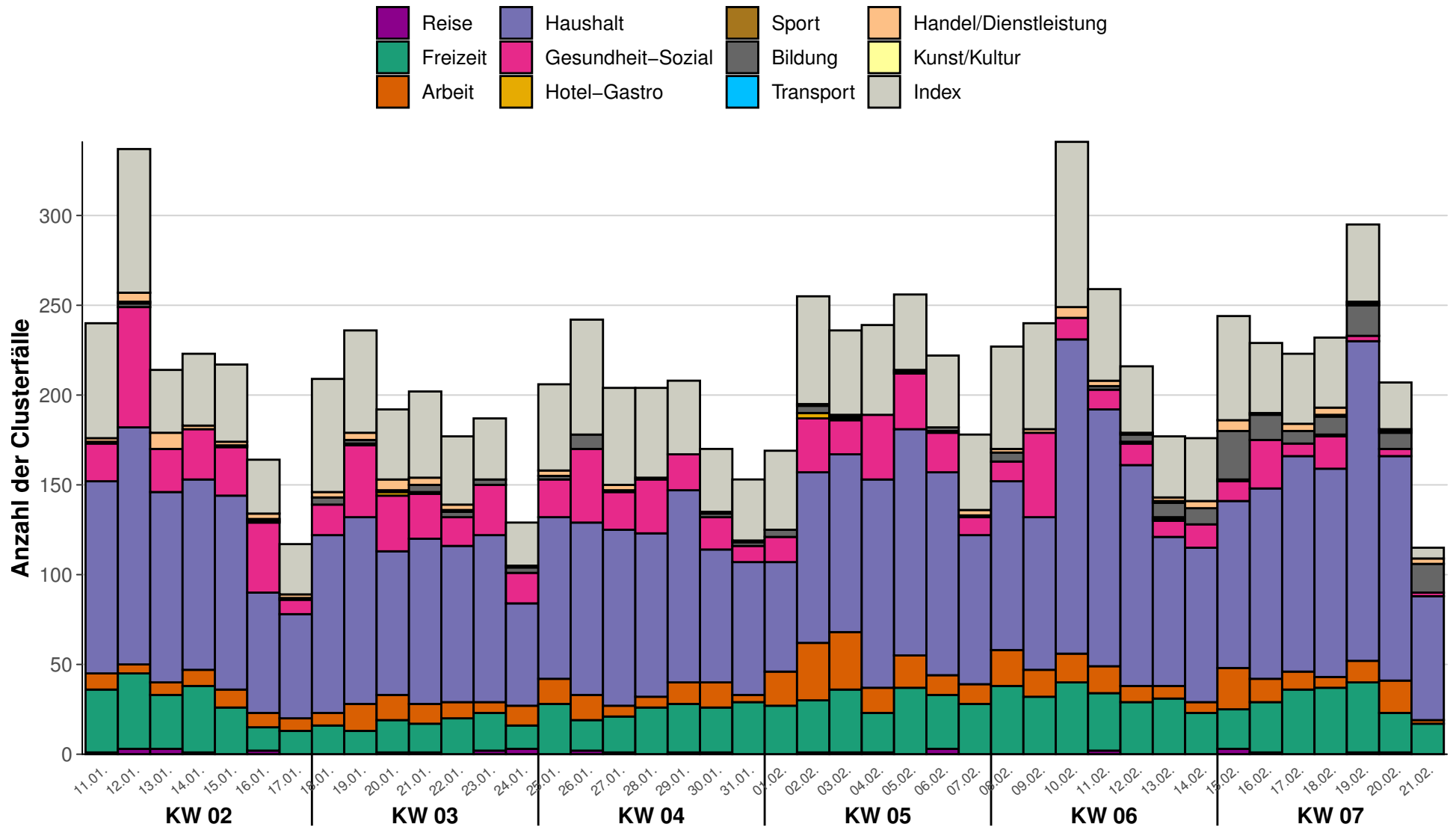
Clusterfälle

Abbildung 11: Niederösterreich, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 12: Niederösterreich, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Oberösterreich

Zusammenfassung

Tabelle 5: Oberösterreich, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Oberösterreich (N)	1.659	1.504	1.334	1.249	1.276	1.717
Anteil asymptomatisch	11,5%	19,0%	21,5%	23,5%	21,9%	20,6%
Fälle asymptomatisch (n)	191	286	287	293	279	353
Fälle ungeklärt ² (n)	750	586	491	412	466	677
Indexfälle ³ (n)	330	309	280	270	287	252
Anteil geklärt	54,8%	61,0%	63,2%	67,0%	63,5%	60,6%
Fälle geklärt ⁴ (n)	909	918	843	837	810	1.040
Clusterfälle ⁵ (n)	1.138	1.172	1.024	1.008	1.040	1.117
sporadisch importierte Fälle (n)	20	6	8	10	5	0
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	806	861	742	733	753	863
Haushalt	57,6%	63,1%	62,3%	68,3%	73,7%	78,0%
Freizeit	19,9%	14,8%	16,3%	14,7%	12,4%	10,5%
Gesundheit-Sozial	15,9%	12,4%	8,1%	3,8%	2,9%	0,5%
Arbeit	4,7%	6,7%	7,7%	8,5%	6,6%	6,7%
Hotel-Gastro	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Bildung	0,5%	2,1%	3,1%	2,9%	1,3%	2,0%
Transport	0,0%	0,1%	1,2%	0,8%	0,1%	0,2%
Reise	0,9%	0,1%	0,5%	0,3%	1,9%	0,5%
Haushalt (n)	464	543	462	501	555	673
Bildung (n)	4	18	23	21	10	17
Gesundheit-Sozial (n)	128	107	60	28	22	4
Reise (n)	7	1	4	2	14	4

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissentlicher Quelle

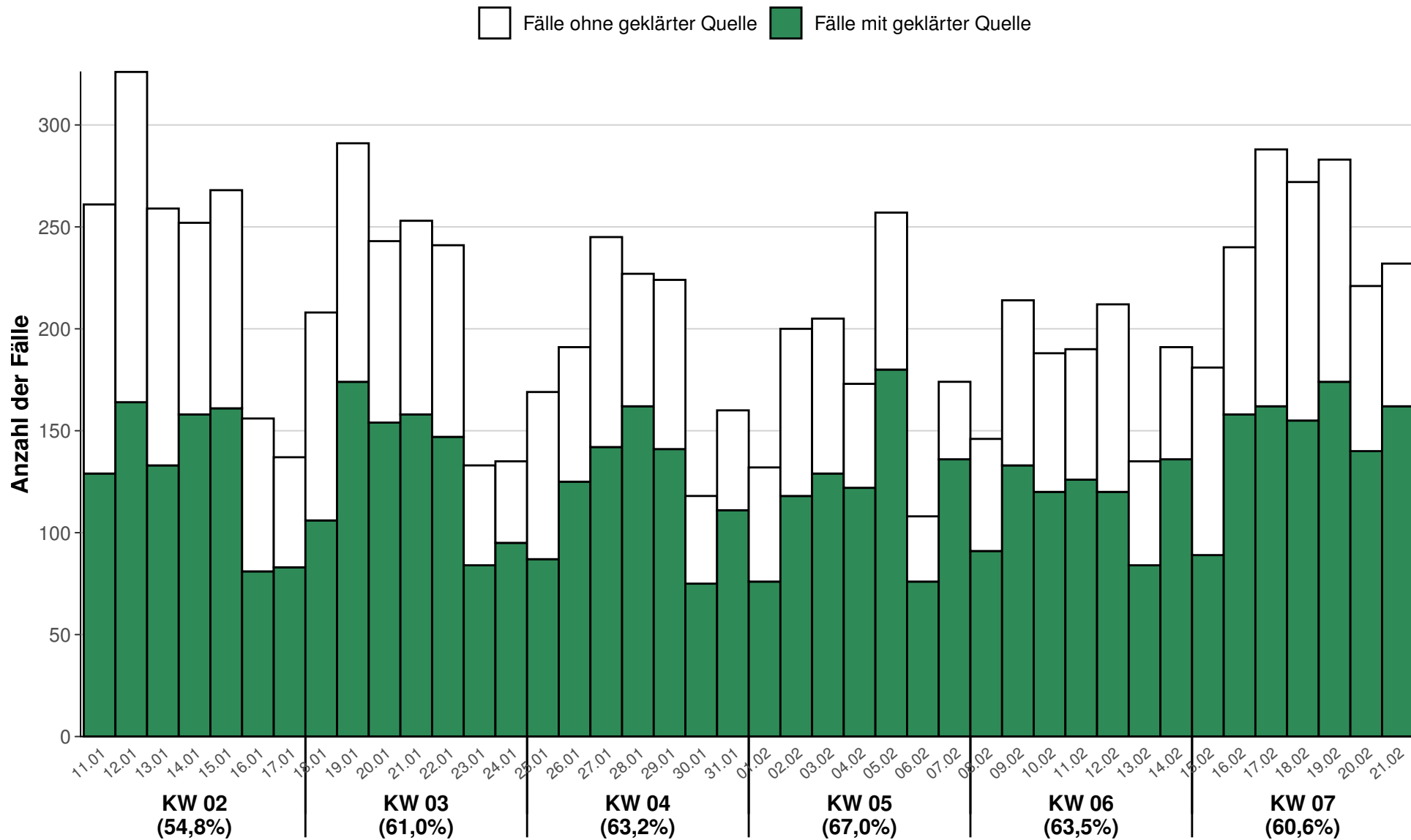
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

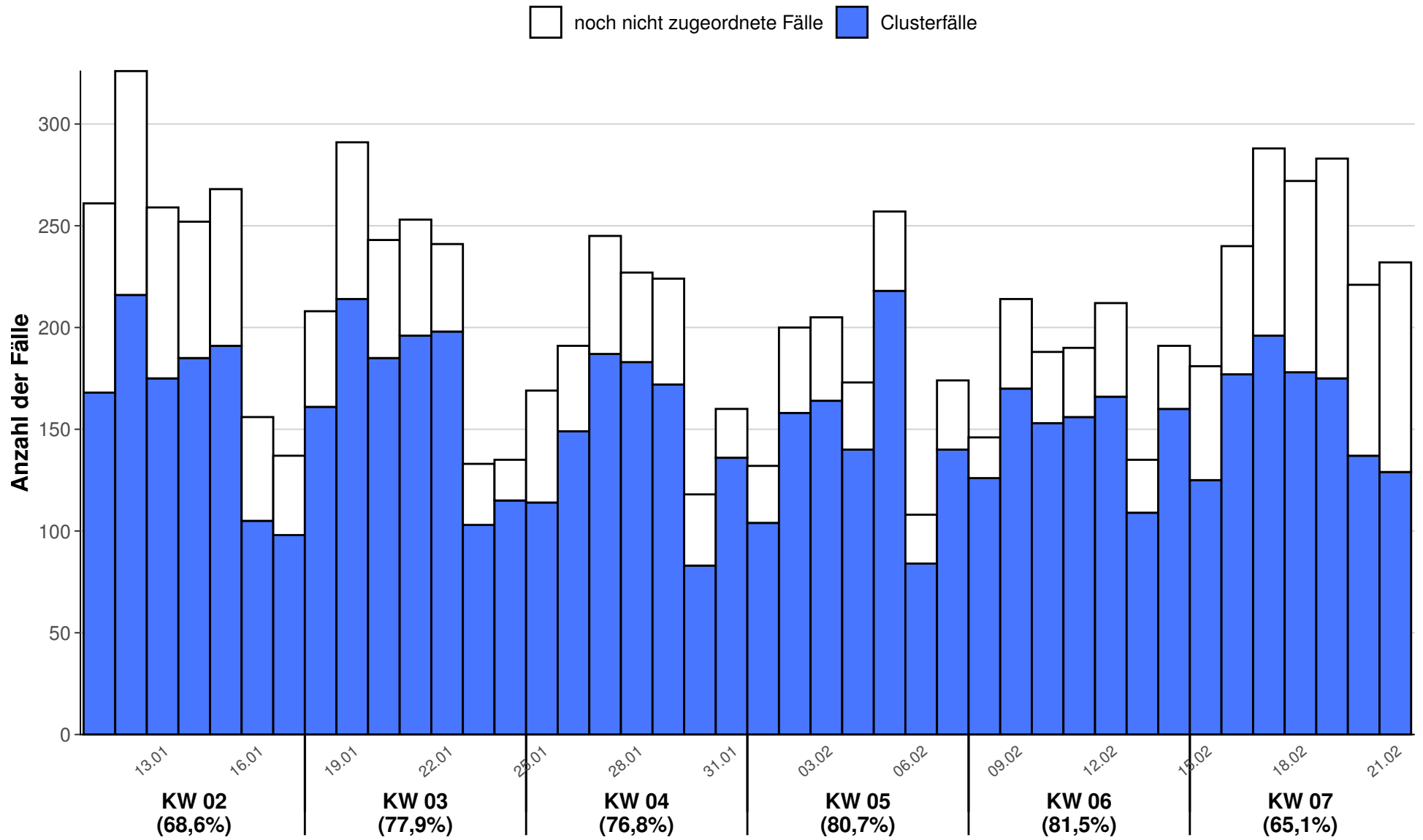
Geklärte Fälle

Abbildung 13: Oberösterreich, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Clusterfälle

Abbildung 14: Oberösterreich, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



20

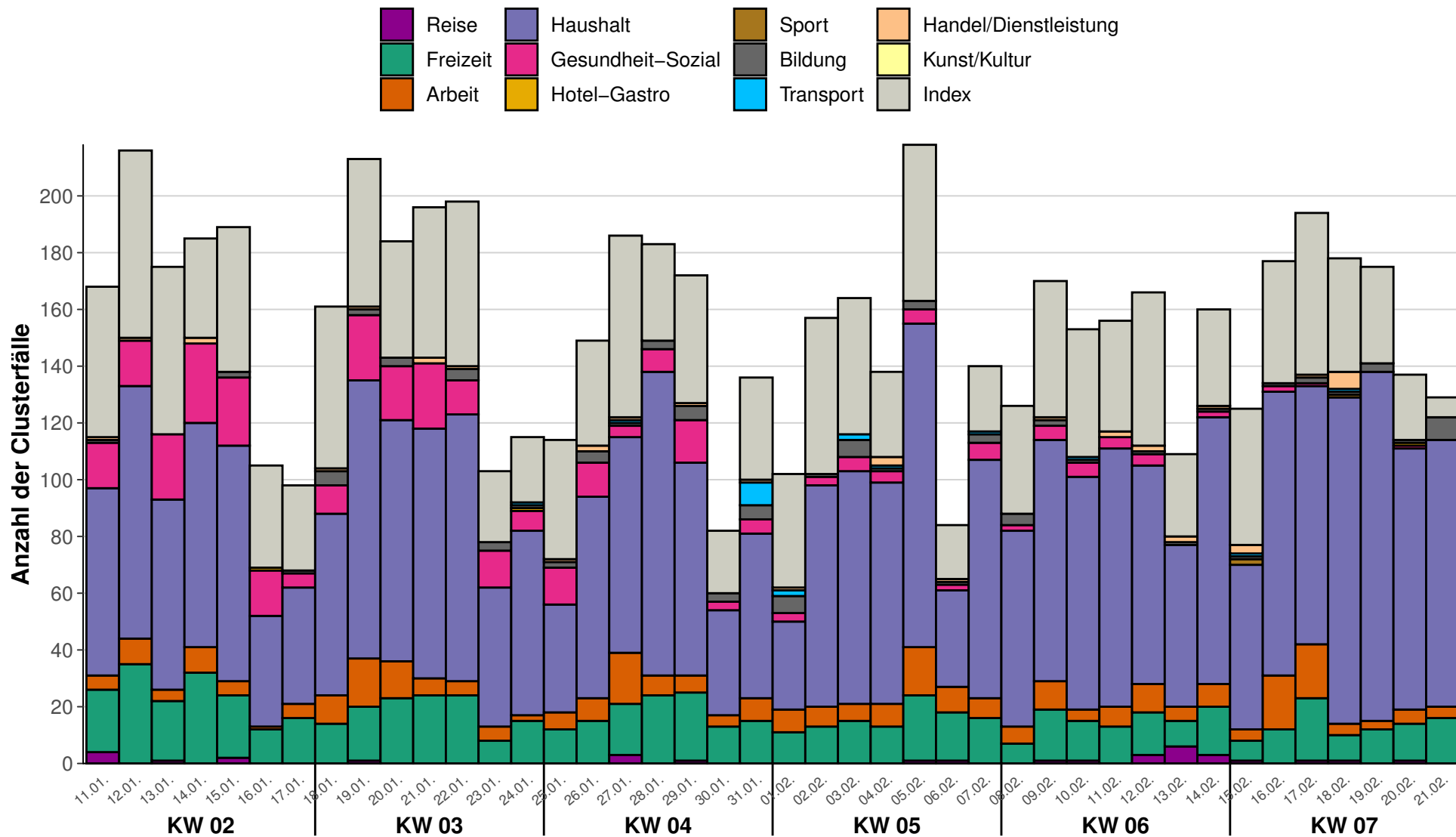
24.02.2021

Clusterfälle

OBERÖSTERREICH

Fall-Settings

Abbildung 15: Oberösterreich, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Salzburg

Zusammenfassung

Tabelle 6: Salzburg, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Salzburg (N)	1.307	1.179	977	838	682	798
Anteil asymptomatisch	18,2%	19,6%	23,6%	20,2%	25,1%	25,7%
Fälle asymptomatisch (n)	238	231	231	169	171	205
Fälle ungeklärt ² (n)	503	383	341	280	253	342
Indexfälle ³ (n)	280	242	198	156	137	142
Anteil geklärt	61,5%	67,5%	65,1%	66,6%	62,9%	57,1%
Fälle geklärt ⁴ (n)	804	796	636	558	429	456
Clusterfälle ⁵ (n)	1.054	947	773	643	515	533
sporadisch importierte Fälle (n)	4	2	3	6	5	1
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	773	704	572	477	373	387
Haushalt	65,3%	64,5%	62,6%	69,0%	76,7%	78,8%
Freizeit	11,6%	13,4%	10,7%	14,7%	13,4%	8,5%
Gesundheit-Sozial	16,6%	15,2%	14,0%	7,1%	2,7%	2,1%
Arbeit	3,8%	4,5%	9,6%	6,9%	5,4%	8,3%
Hotel-Gastro	0,3%	0,3%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%
Bildung	1,2%	1,7%	2,8%	1,3%	1,3%	1,3%
Transport	0,4%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%
Reise	0,4%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	1,0%
Haushalt (n)	505	454	358	329	286	305
Bildung (n)	9	12	16	6	5	5
Gesundheit-Sozial (n)	128	107	80	34	10	8
Reise (n)	3	0	0	1	0	4

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

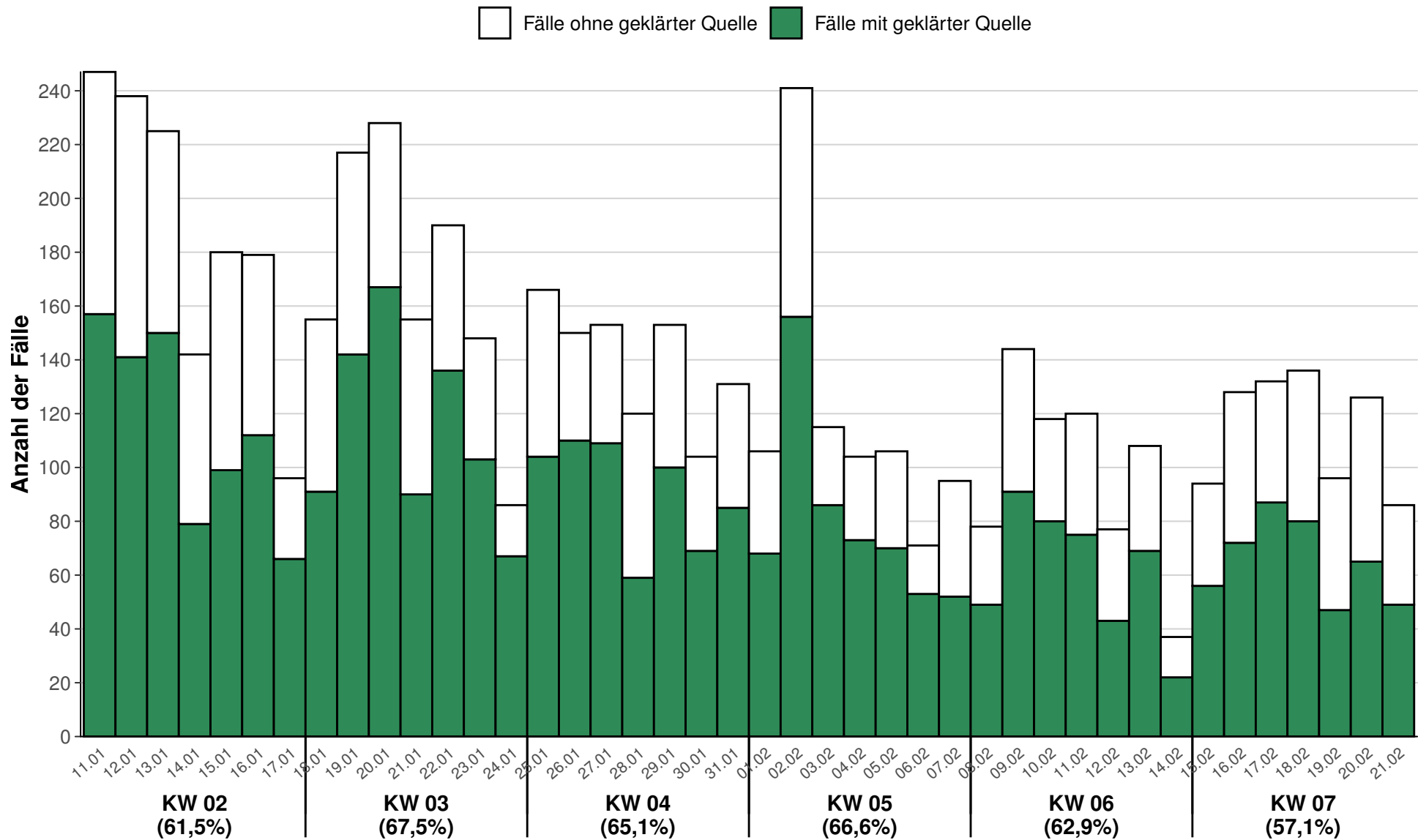
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

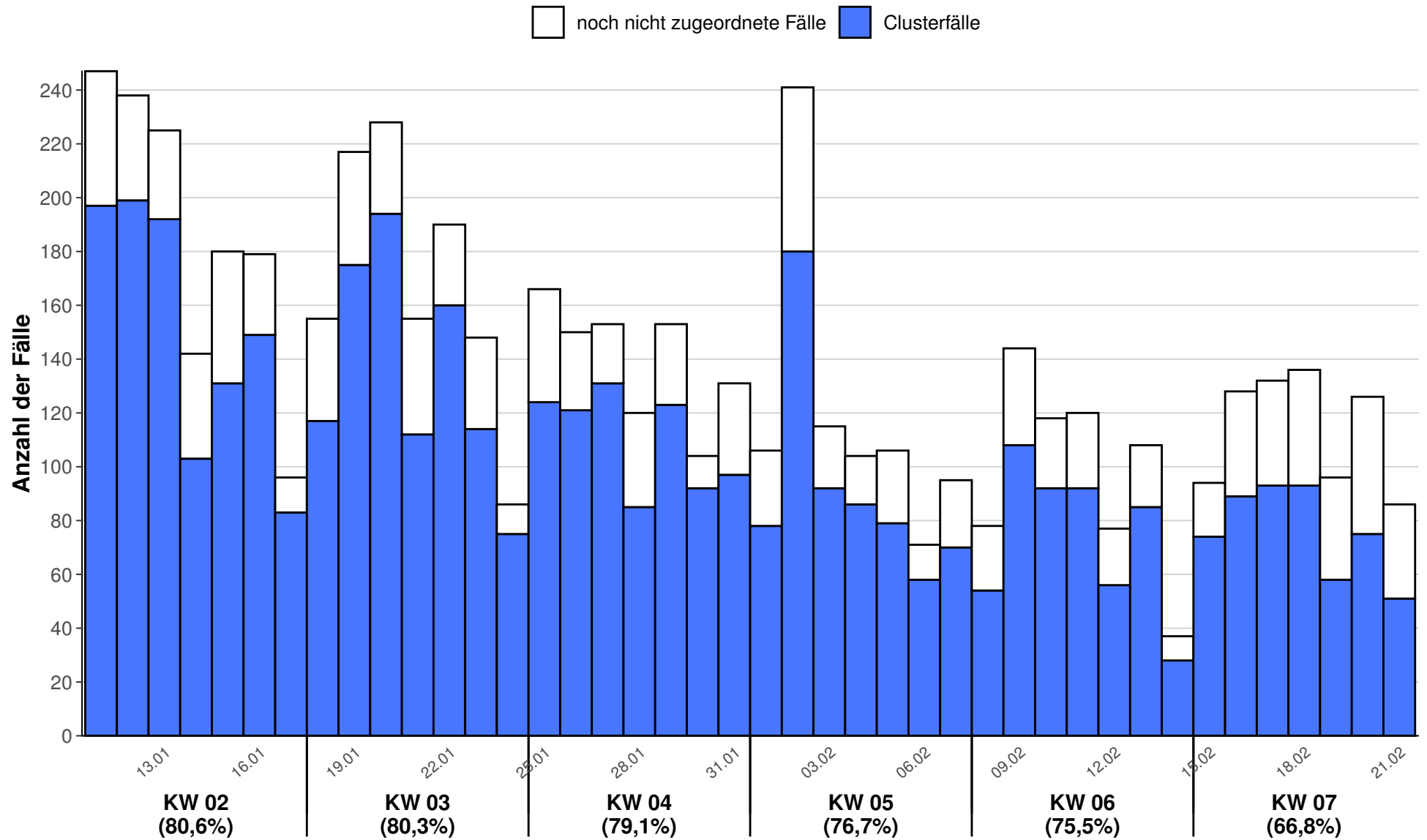
Geklärtc Fälle

Abbildung 16: Salzburg, Fälle mit geklärcr Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



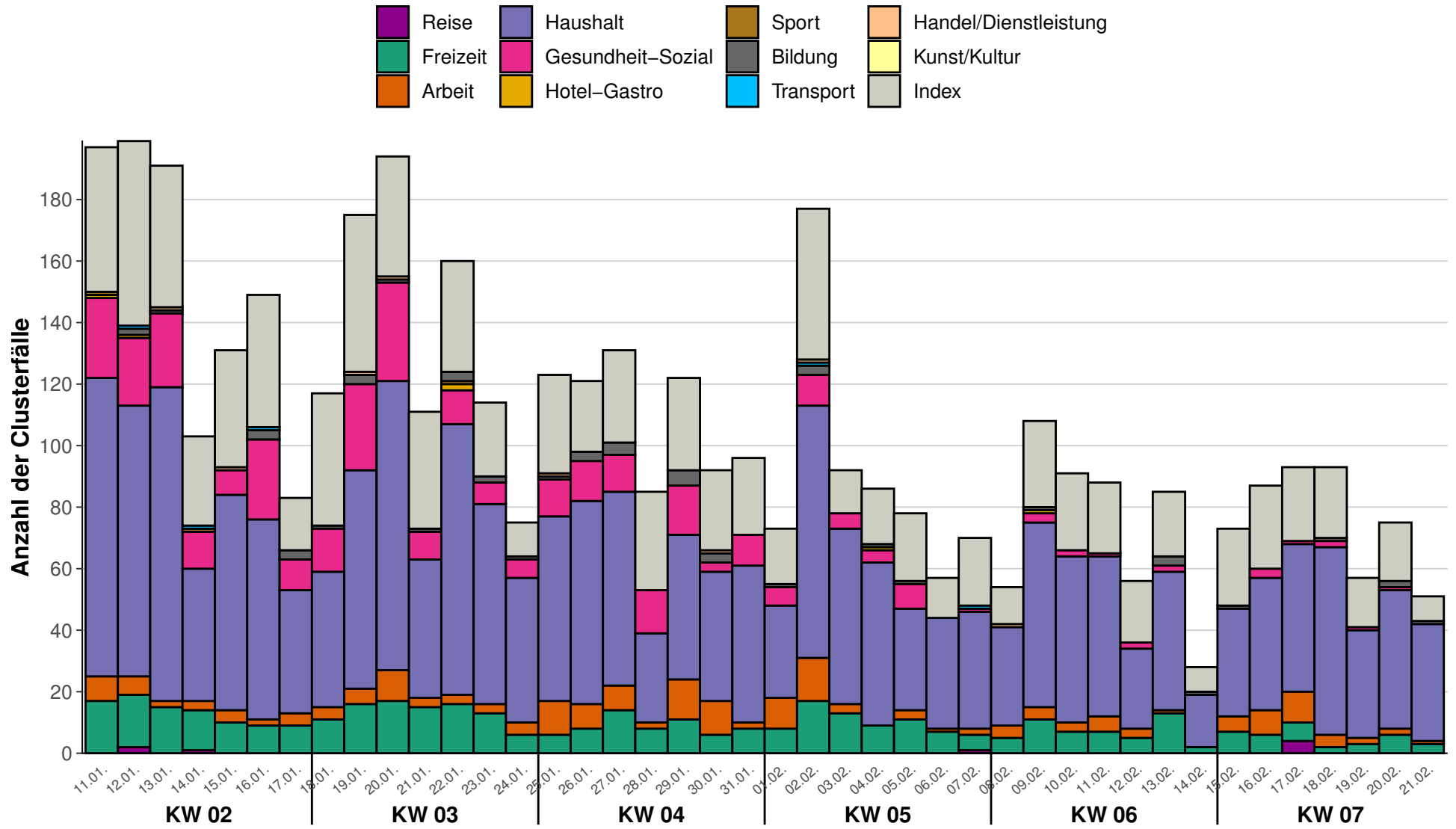
Clusterfälle

Abbildung 17: Salzburg, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 18: Salzburg, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Steiermark

Zusammenfassung

Tabelle 7: Steiermark, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Steiermark (N)	1.392	1.342	1.434	1.418	1.553	1.885
Anteil asymptomatisch	15,1%	20,0%	18,7%	17,3%	16,5%	16,3%
Fälle asymptomatisch (n)	210	269	268	245	257	308
Fälle ungeklärt ² (n)	617	535	550	514	569	944
Indexfälle ³ (n)	239	249	288	266	264	174
Anteil geklärt	55,7%	60,1%	61,6%	63,8%	63,4%	49,9%
Fälle geklärt ⁴ (n)	775	807	884	904	984	941
Clusterfälle ⁵ (n)	952	953	1.092	1.134	1.214	1.081
sporadisch importierte Fälle (n)	14	13	8	7	9	3
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	713	701	802	866	946	907
Haushalt	49,9%	53,4%	62,6%	62,1%	60,5%	65,4%
Freizeit	15,4%	9,4%	12,3%	12,8%	15,4%	12,6%
Gesundheit-Sozial	29,2%	24,5%	16,2%	13,3%	8,6%	4,7%
Arbeit	2,2%	5,3%	6,0%	7,6%	12,6%	13,9%
Hotel-Gastro	0,0%	0,3%	0,4%	0,0%	0,0%	0,1%
Bildung	0,1%	5,4%	1,2%	2,4%	1,3%	2,2%
Transport	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,3%
Reise	2,1%	0,7%	0,7%	0,7%	0,1%	0,2%
Haushalt (n)	356	374	502	538	572	593
Bildung (n)	1	38	10	21	12	20
Gesundheit-Sozial (n)	208	172	130	115	81	43
Reise (n)	15	5	6	6	1	2

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

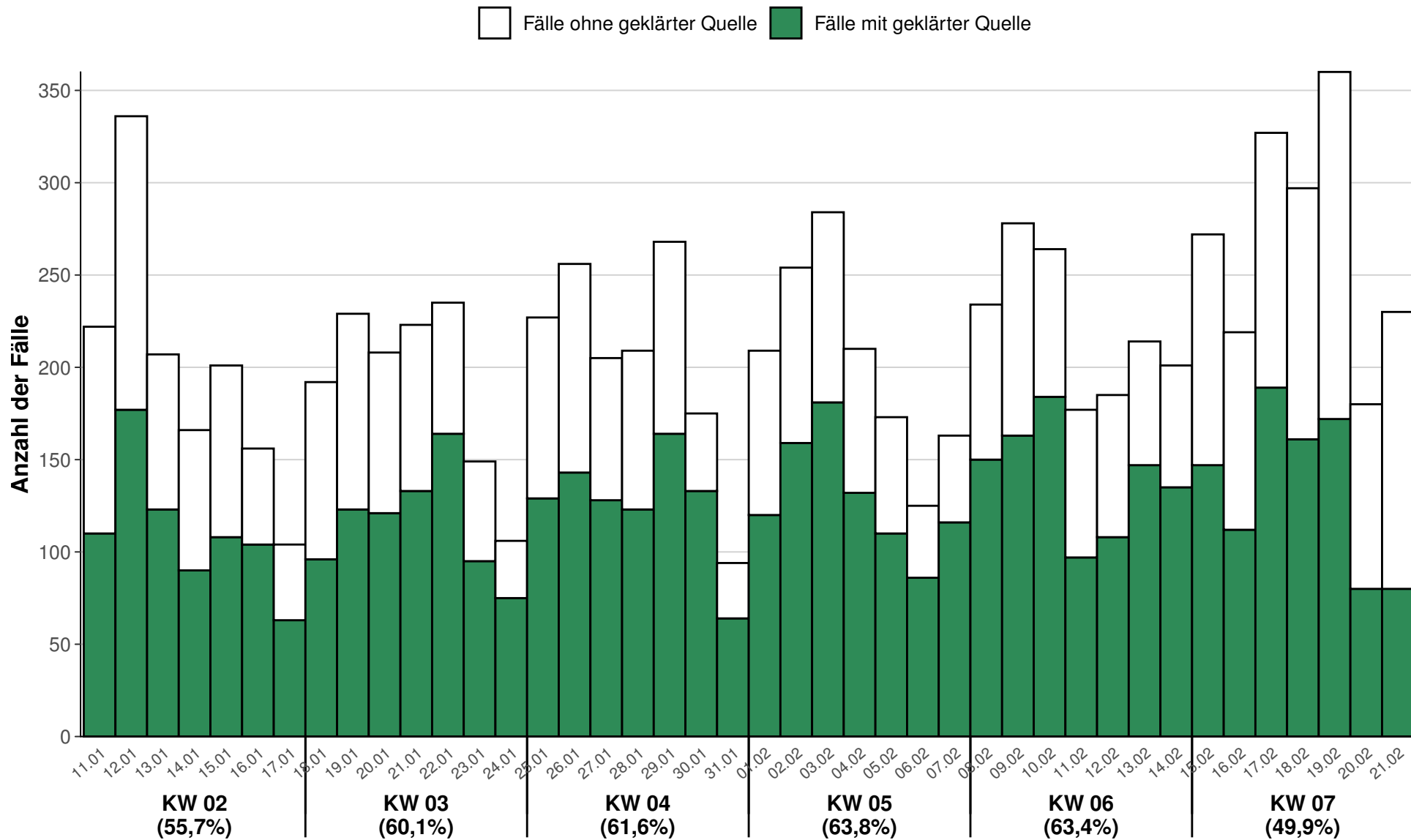
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

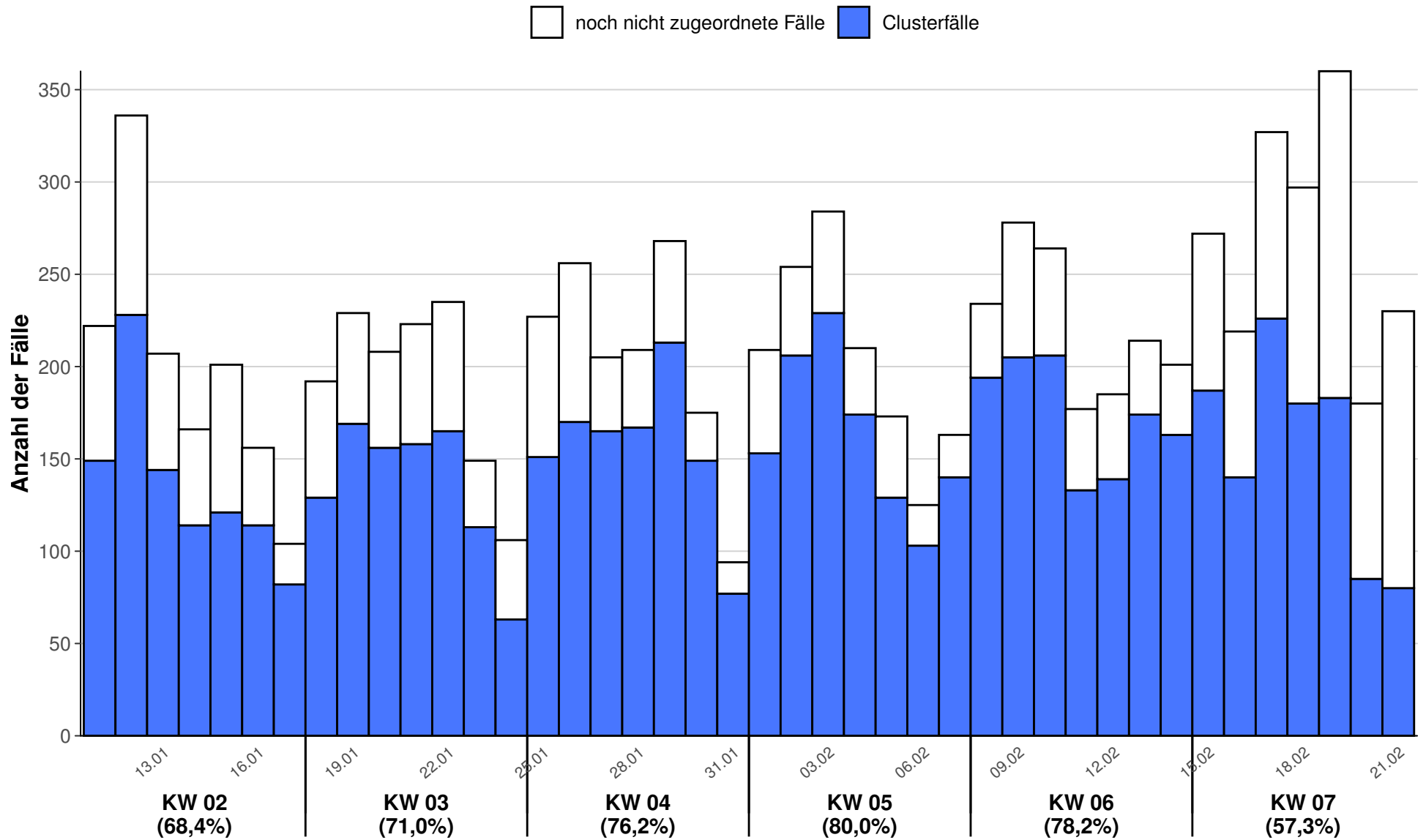
Geklärte Fälle

Abbildung 19: Steiermark, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



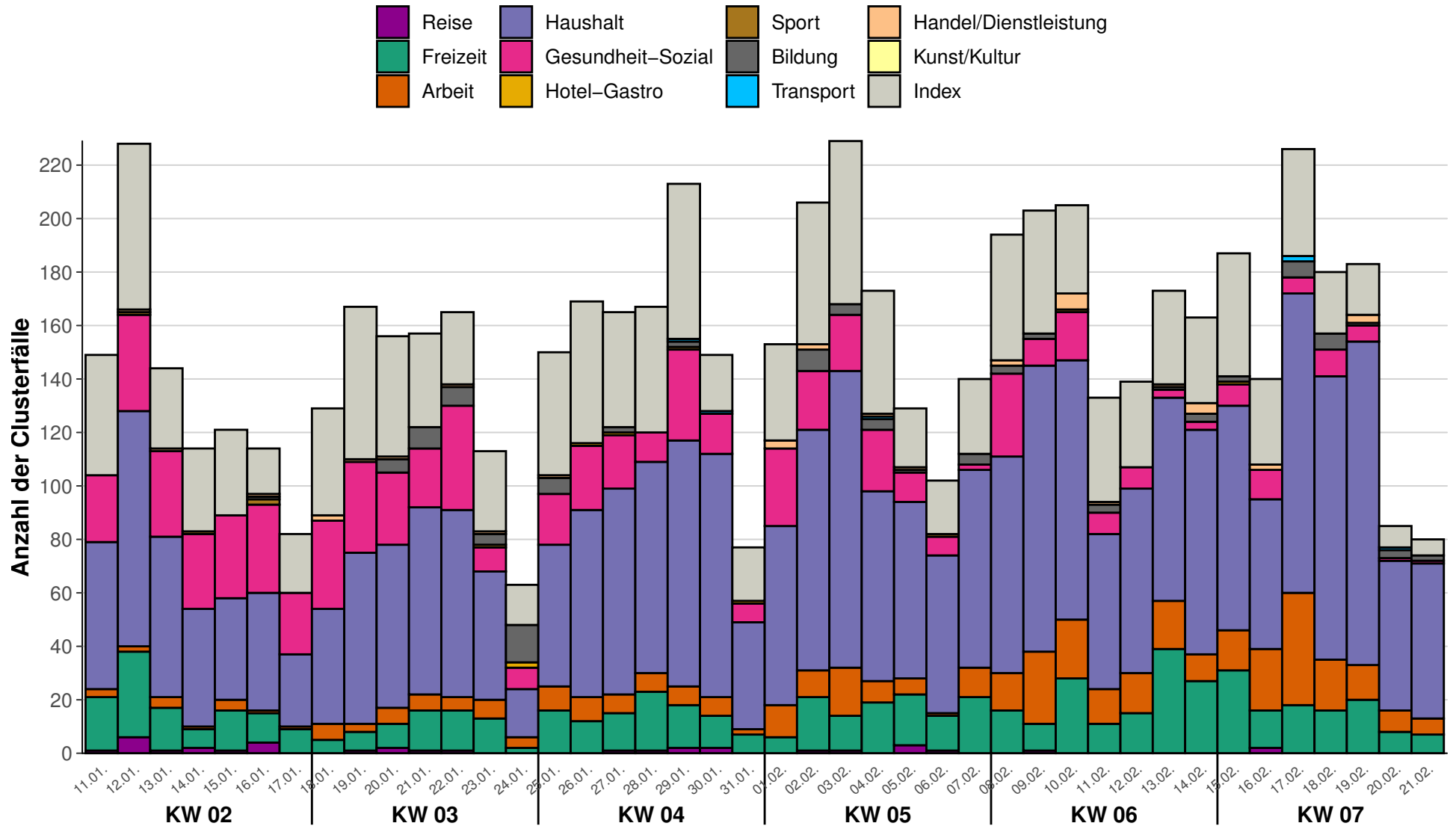
Clusterfälle

Abbildung 20: Steiermark, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 21: Steiermark, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Tirol

Zusammenfassung

Tabelle 8: Tirol, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Tirol (N)	794	836	878	728	618	636
Anteil asymptomatisch	25,2%	24,9%	22,6%	26,4%	28,0%	29,2%
Fälle asymptomatisch (n)	200	208	198	192	173	186
Fälle ungeklärt ² (n)	286	317	330	253	224	231
Indexfälle ³ (n)	146	166	183	125	118	103
Anteil geklärt	64,0%	62,1%	62,4%	65,2%	63,8%	63,7%
Fälle geklärt ⁴ (n)	508	519	548	475	394	405
Clusterfälle ⁵ (n)	558	616	662	534	473	440
sporadisch importierte Fälle (n)	8	9	5	9	3	7
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	412	450	476	407	355	335
Haushalt	61,7%	61,1%	60,7%	65,1%	61,4%	65,1%
Freizeit	24,3%	22,2%	22,1%	20,6%	20,3%	22,1%
Gesundheit-Sozial	10,7%	11,3%	11,3%	11,8%	3,4%	1,5%
Arbeit	2,2%	2,7%	2,9%	1,2%	12,1%	6,9%
Hotel-Gastro	0,0%	0,4%	0,2%	0,0%	0,3%	0,3%
Bildung	0,2%	1,1%	1,1%	1,2%	0,8%	3,6%
Transport	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reise	1,0%	0,4%	1,1%	0,0%	1,7%	0,3%
Haushalt (n)	254	275	289	265	218	218
Bildung (n)	1	5	5	5	3	12
Gesundheit-Sozial (n)	44	51	54	48	12	5
Reise (n)	4	2	5	0	6	1

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

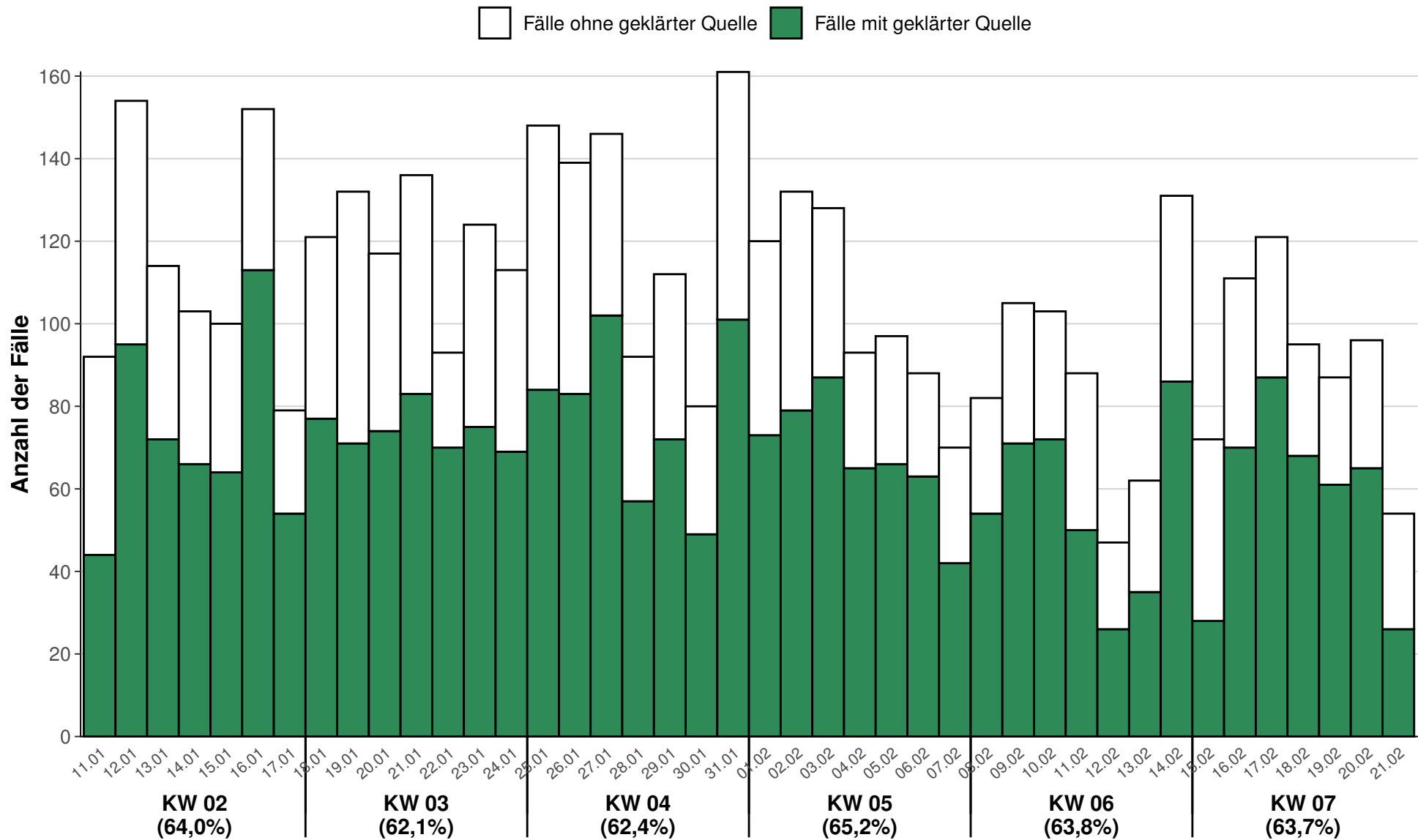
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

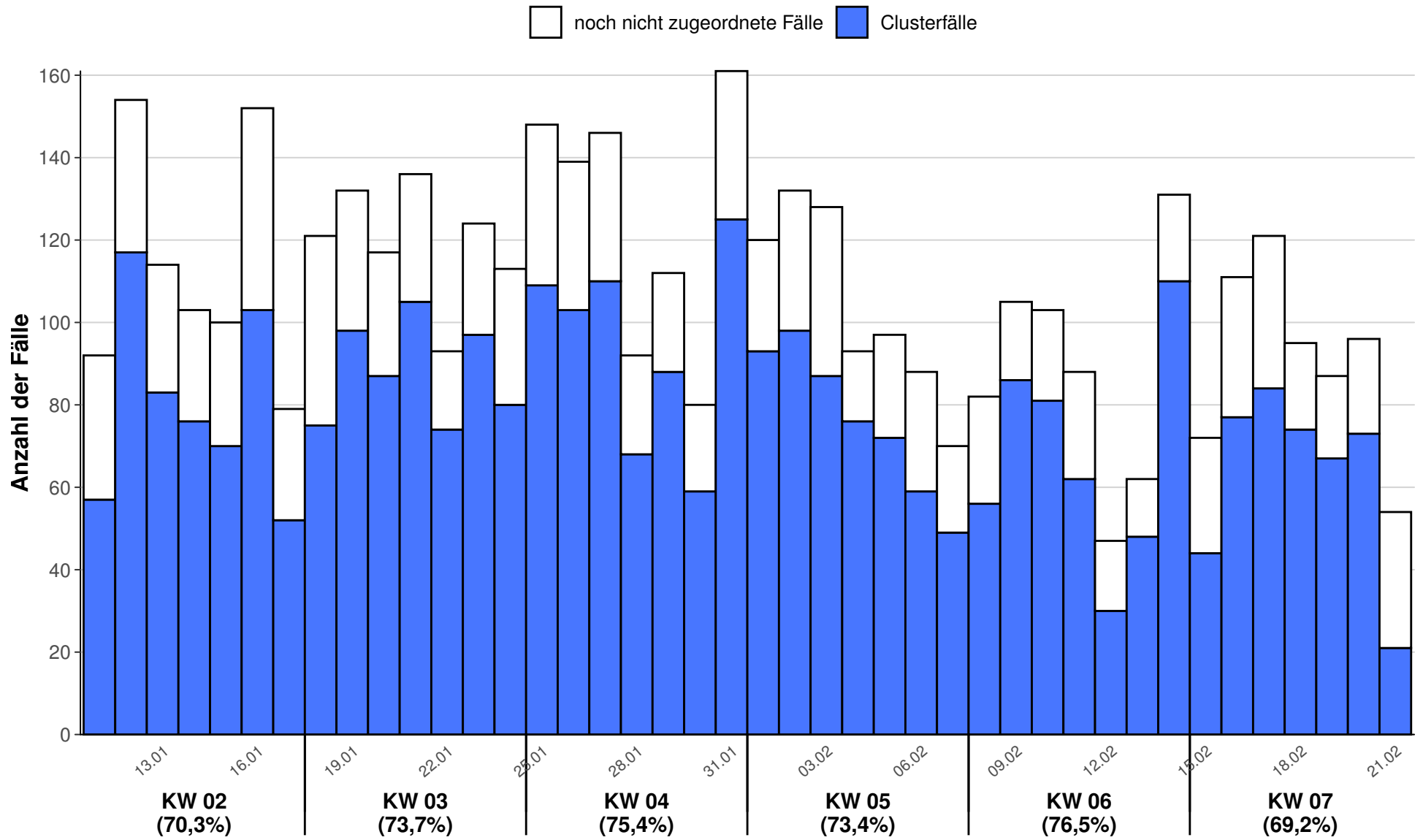
Geklärte Fälle

Abbildung 22: Tirol, Fälle mit geklärter Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



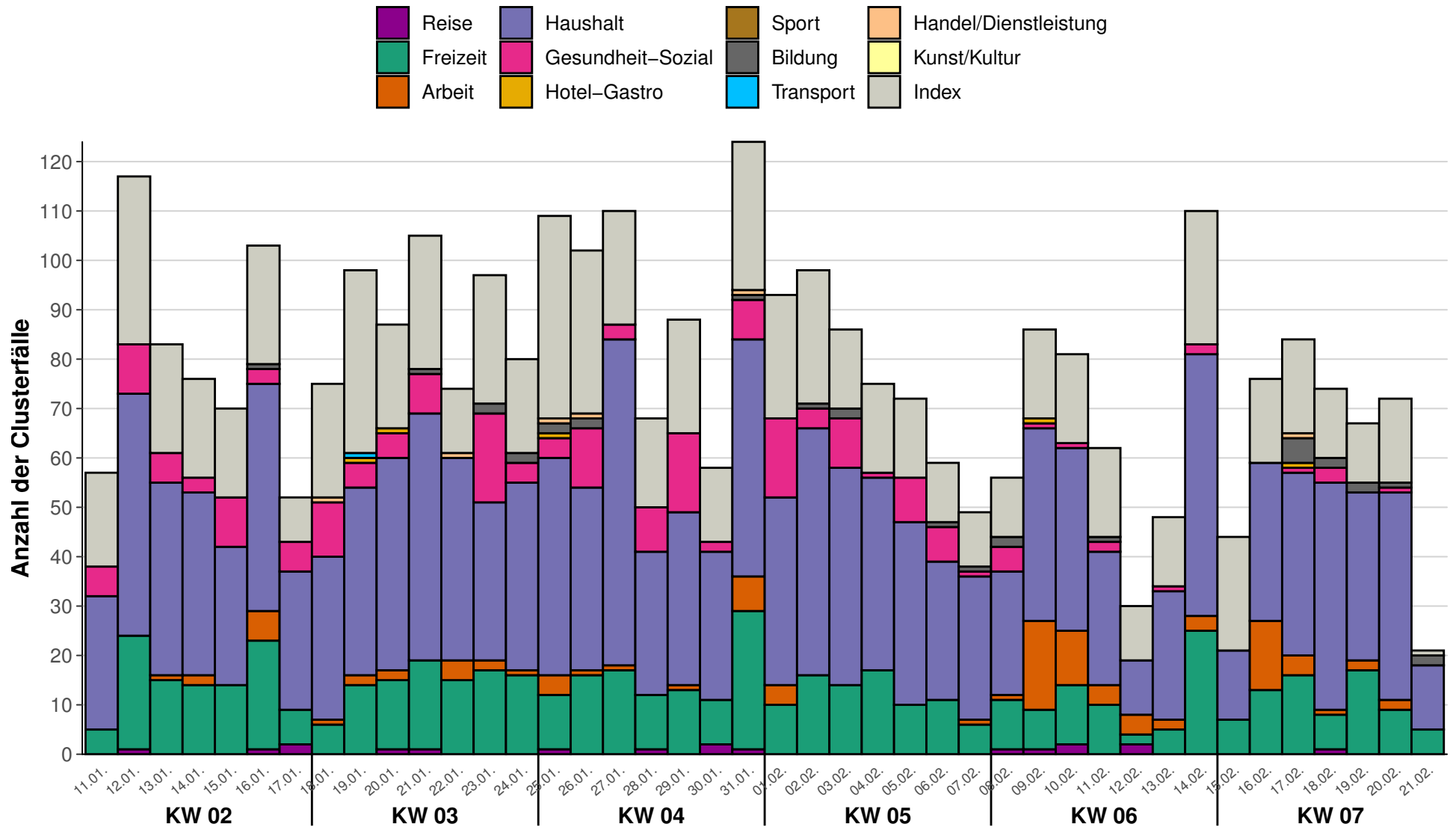
Clusterfälle

Abbildung 23: Tirol, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 24: Tirol, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Vorarlberg

Zusammenfassung

Tabelle 9: Vorarlberg, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen

	02	03	04	05	06	07
Fälle ¹ Vorarlberg (N)	576	500	416	373	337	225
Anteil asymptomatisch	8,0%	10,4%	10,8%	14,2%	15,4%	16,9%
Fälle asymptomatisch (n)	46	52	45	53	52	38
Fälle ungeklärt ² (n)	264	213	157	154	144	83
Indexfälle ³ (n)	120	95	80	71	56	22
Anteil geklärt	54,2%	57,4%	62,3%	58,7%	57,3%	63,1%
Fälle geklärt ⁴ (n)	312	287	259	219	193	142
Clusterfälle ⁵ (n)	407	358	319	279	238	147
sporadisch importierte Fälle (n)	8	10	2	2	6	6
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	287	262	239	208	182	125
Haushalt	73,5%	71,8%	65,3%	60,1%	64,3%	68,0%
Freizeit	13,2%	14,1%	15,5%	16,8%	17,0%	16,0%
Gesundheit-Sozial	3,5%	8,4%	5,4%	5,8%	6,0%	7,2%
Arbeit	7,3%	1,5%	8,4%	11,5%	8,2%	5,6%
Hotel-Gastro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bildung	0,0%	0,4%	0,4%	1,4%	1,6%	1,6%
Transport	0,0%	0,0%	0,4%	1,9%	2,2%	0,8%
Reise	2,1%	1,9%	2,1%	0,5%	0,5%	0,8%
Haushalt (n)	211	188	156	125	117	85
Bildung (n)	0	1	1	3	3	2
Gesundheit-Sozial (n)	10	22	13	12	11	9
Reise (n)	6	5	5	1	1	1

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne wissenschaftlicher Quelle

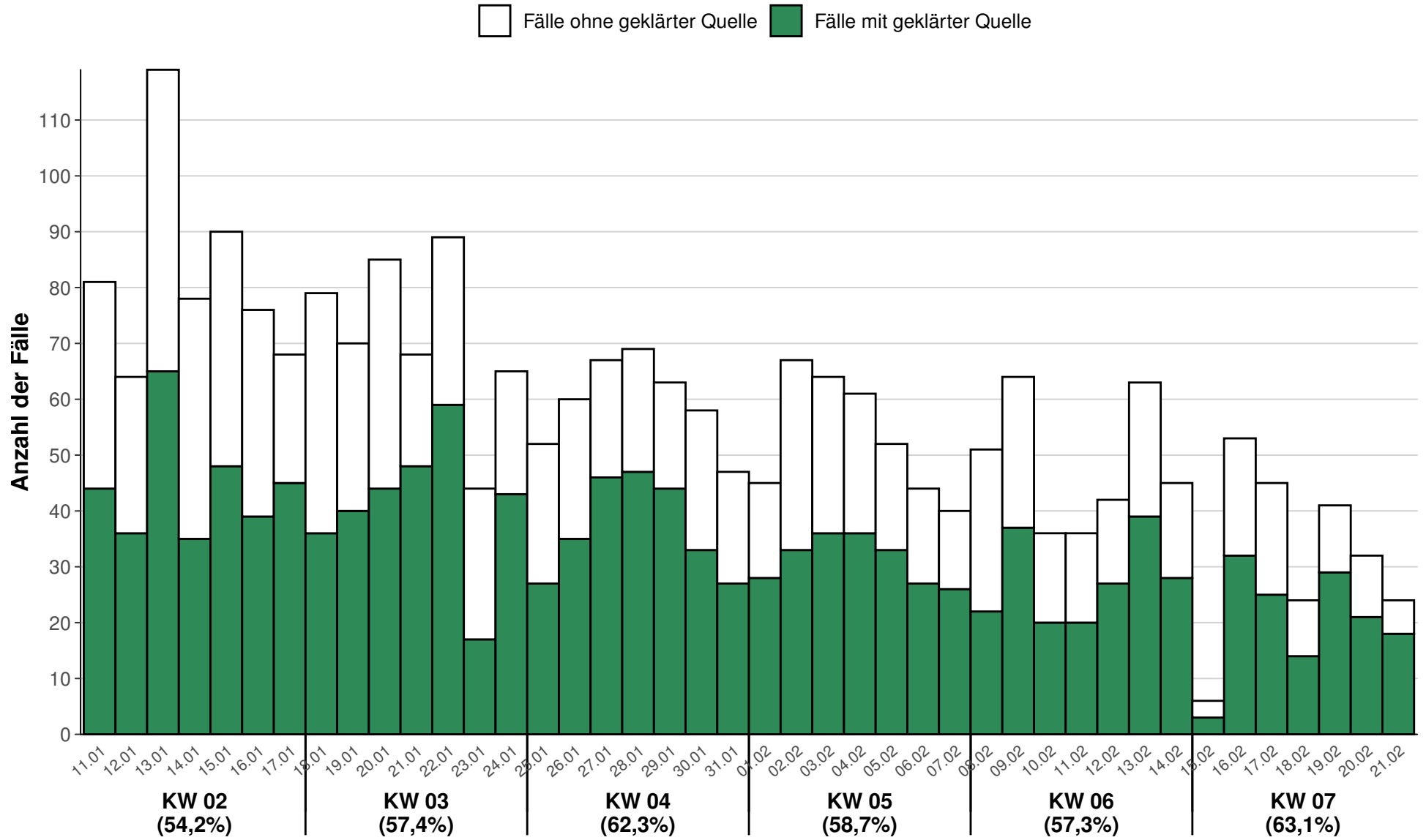
³ Vermutete Quelle des Clusters

⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

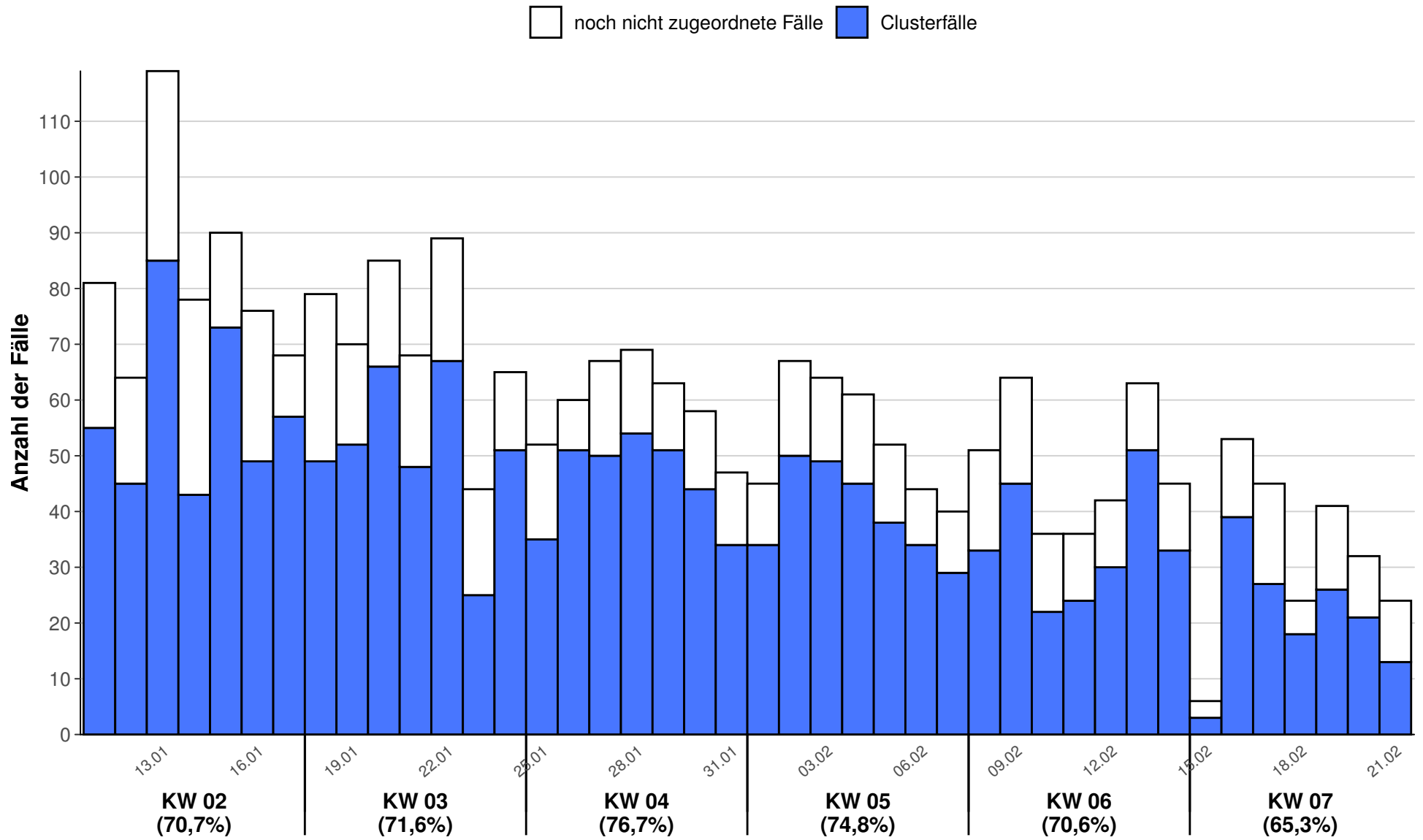
Geklärtc Fälle

Abbildung 25: Vorarlberg, Fälle mit geklärcr Quelle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



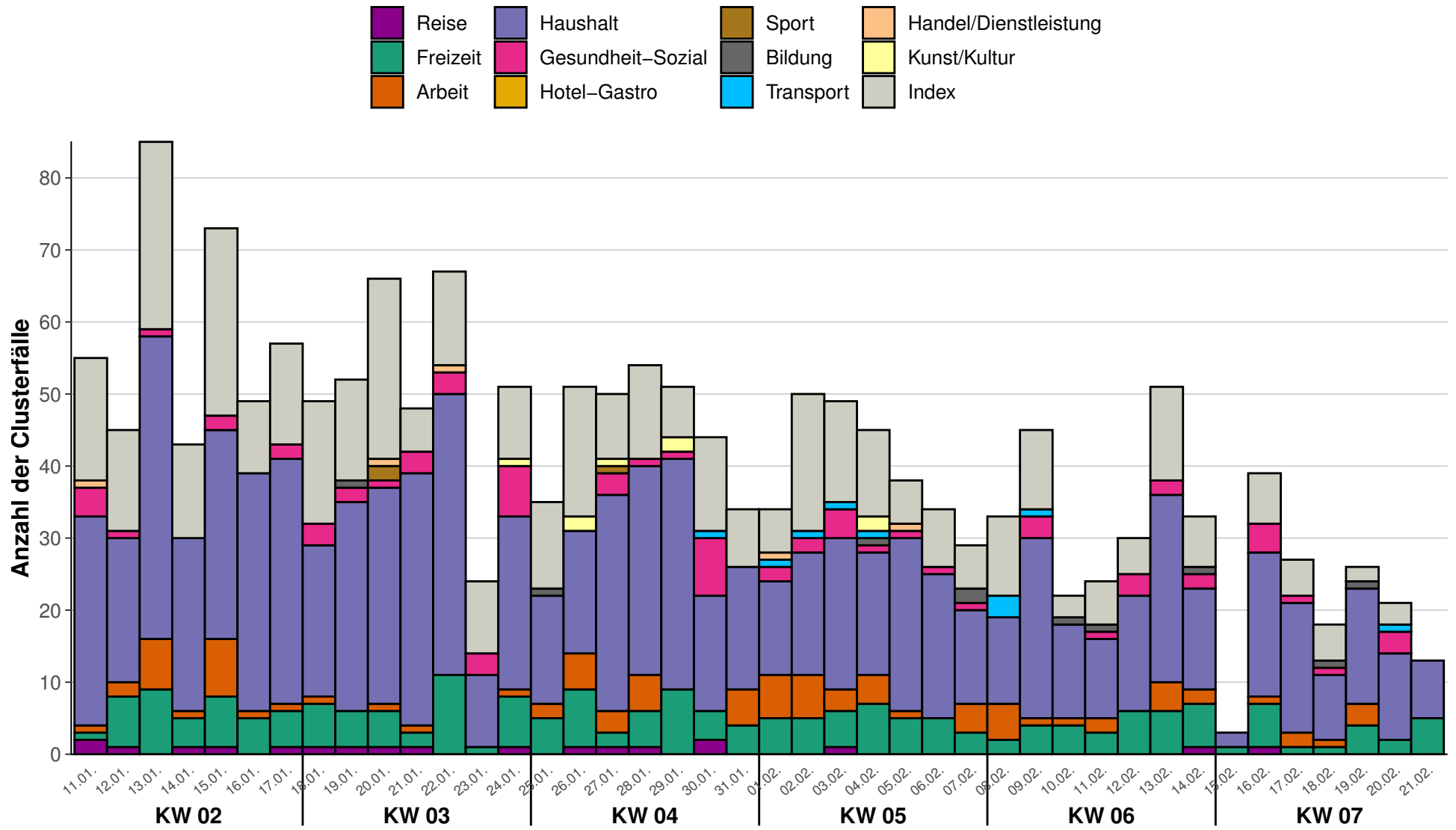
Clusterfälle

Abbildung 26: Vorarlberg, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose für die vergangenen 6 Kalenderwochen



Fall-Settings

Abbildung 27: Vorarlberg, Clusterfälle nach Tag der ersten Labordiagnose und Setting der Übertragung für die vergangenen 6 Kalenderwochen





Covid-19, Österreich

AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance

10.03.2021 09:00 (auf Basis des EMS-Datenstandes von 10.03.2021 07:00)

Österreich

Abbildung 1: Österreich (inklusive Wien), Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

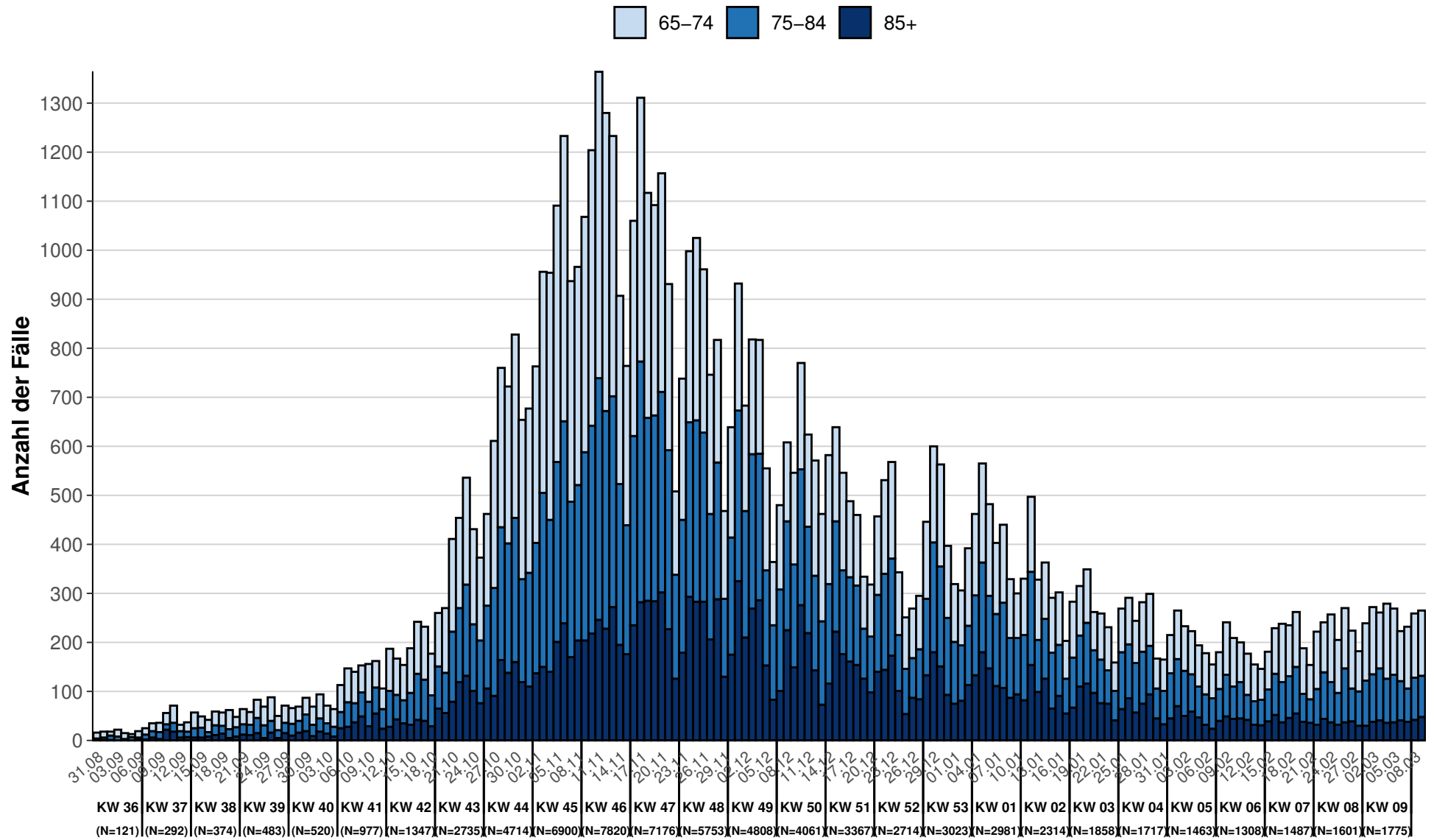


Tabelle 1: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 36, 2020 bis KW 49, 2020

Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48	KW 49
<25	34,39%	33,78%	34,85%	29,83%	30,24%	28,86%	26,60%	23,67%	21,54%	19,41%	19,29%	18,23%	18,21%	16,61%
25-44	35,63%	36,03%	35,71%	33,80%	33,83%	30,59%	29,78%	31,46%	31,71%	31,62%	31,26%	31,04%	31,22%	29,94%
45-64	24,65%	22,89%	22,26%	26,00%	26,63%	27,51%	30,02%	29,91%	31,84%	33,55%	33,12%	33,13%	32,14%	32,63%
65+	5,34%	7,31%	7,18%	10,37%	9,29%	13,05%	13,60%	14,96%	14,91%	15,41%	16,32%	17,60%	18,43%	20,82%

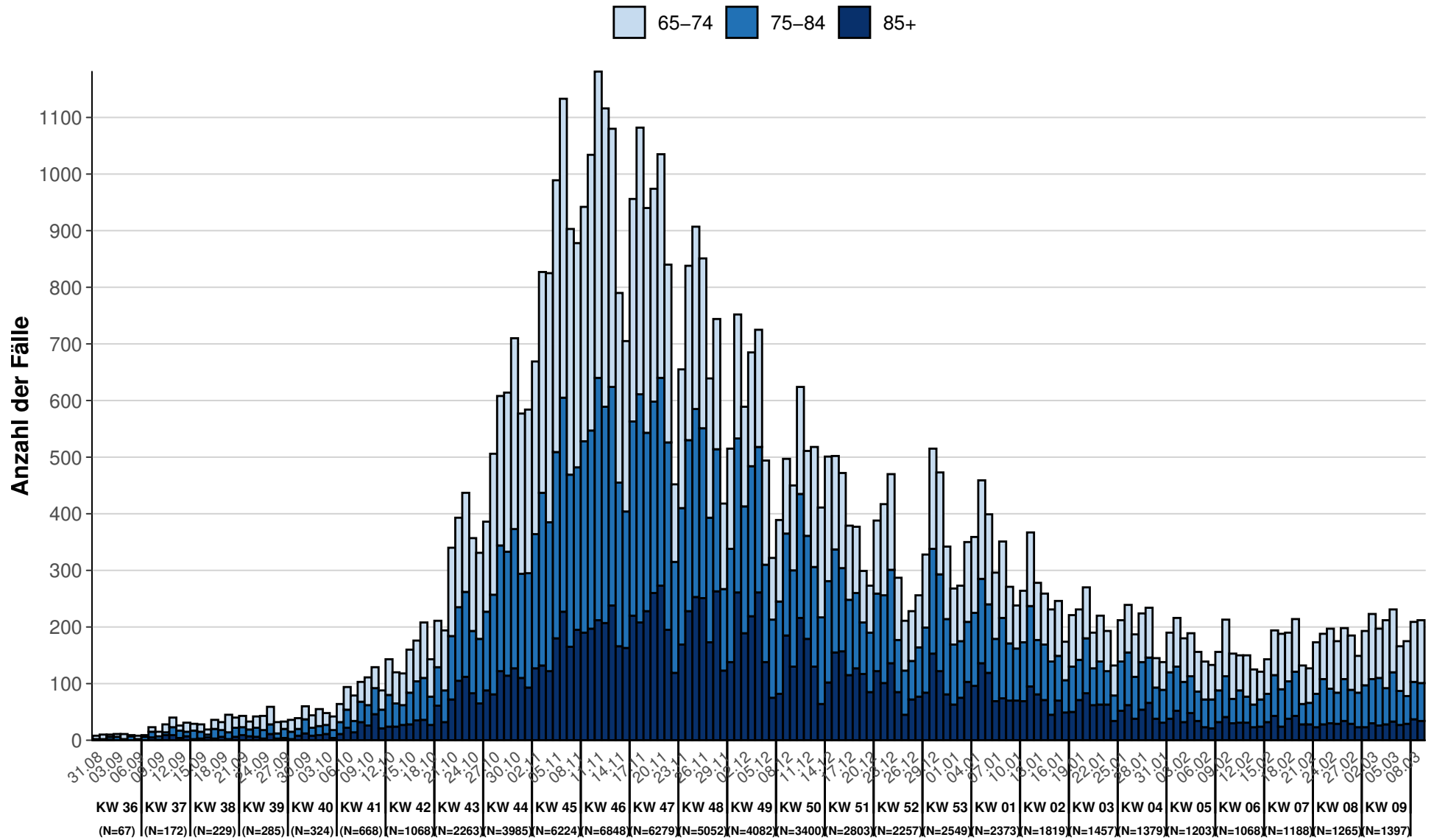
Tabelle 2: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 50, 2020 bis KW 09, 2021

Altersgruppe	KW 50	KW 51	KW 52	KW 53	KW 01	KW 02	KW 03	KW 04	KW 05	KW 06	KW 07	KW 08	KW 09
<25	16,81%	17,73%	17,74%	17,81%	18,25%	18,25%	20,32%	20,35%	21,54%	24,29%	27,21%	28,75%	29,64%
25-44	28,88%	29,21%	30,04%	30,41%	29,85%	28,99%	29,56%	30,64%	30,83%	30,81%	31,41%	31,75%	31,39%
45-64	32,61%	30,42%	31,99%	31,49%	31,54%	31,67%	31,82%	31,04%	31,76%	31,22%	28,75%	28,34%	28,28%
65+	21,69%	22,63%	20,23%	20,29%	20,37%	21,10%	18,31%	17,97%	15,87%	13,68%	12,63%	11,16%	10,69%

Tabelle 3: Vergleich der Inzidenz der vergangenen 14-Tagesperiode (24.02.2021-09.03.2021) zur Inzidenz der 7 Tage überlappenden 14-Tagesperiode (17.02.2021-02.03.2021). (Methode gemäß ECDC weekly report July 2020)

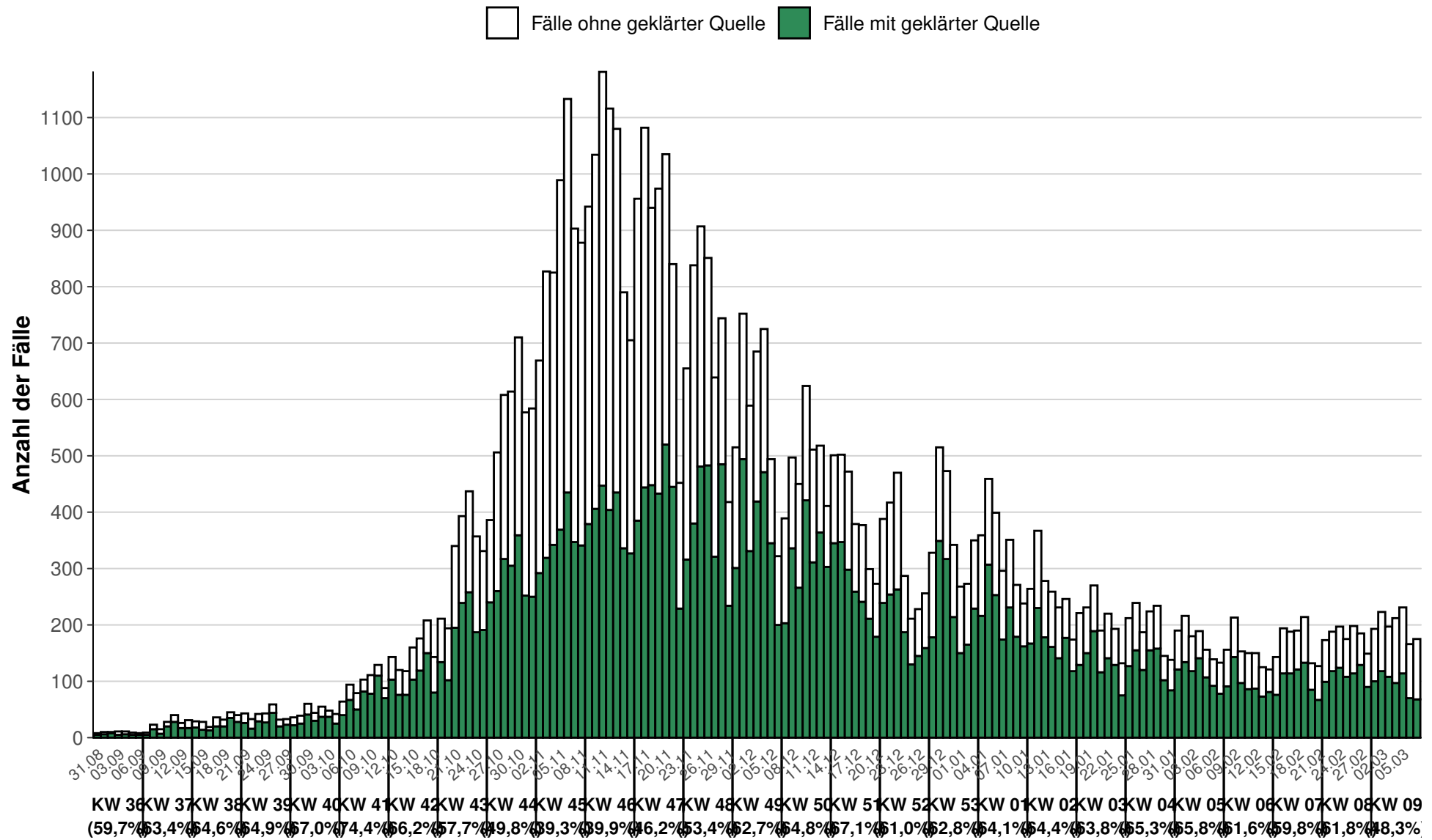
	Trend Gesamt	Klassifikation	Trend ≥ 65	Klassifikation
Österreich	15,07%	increasing	7,78%	stable
Burgenland	12,16%	increasing	8,01%	stable
Kärnten	10,72%	increasing	-3,24%	stable
Niederösterreich	11,31%	increasing	1,03%	stable
Oberösterreich	19,39%	increasing	19,03%	increasing
Salzburg	29,49%	increasing	30,70%	increasing
Steiermark	6,61%	increasing	12,95%	increasing
Tirol	3,18%	stable	0,00%	stable
Vorarlberg	13,36%	increasing	-21,70%	decreasing
Wien	21,75%	increasing	8,81%	stable

Abbildung 2: Österreich (exklusive Wien), Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.



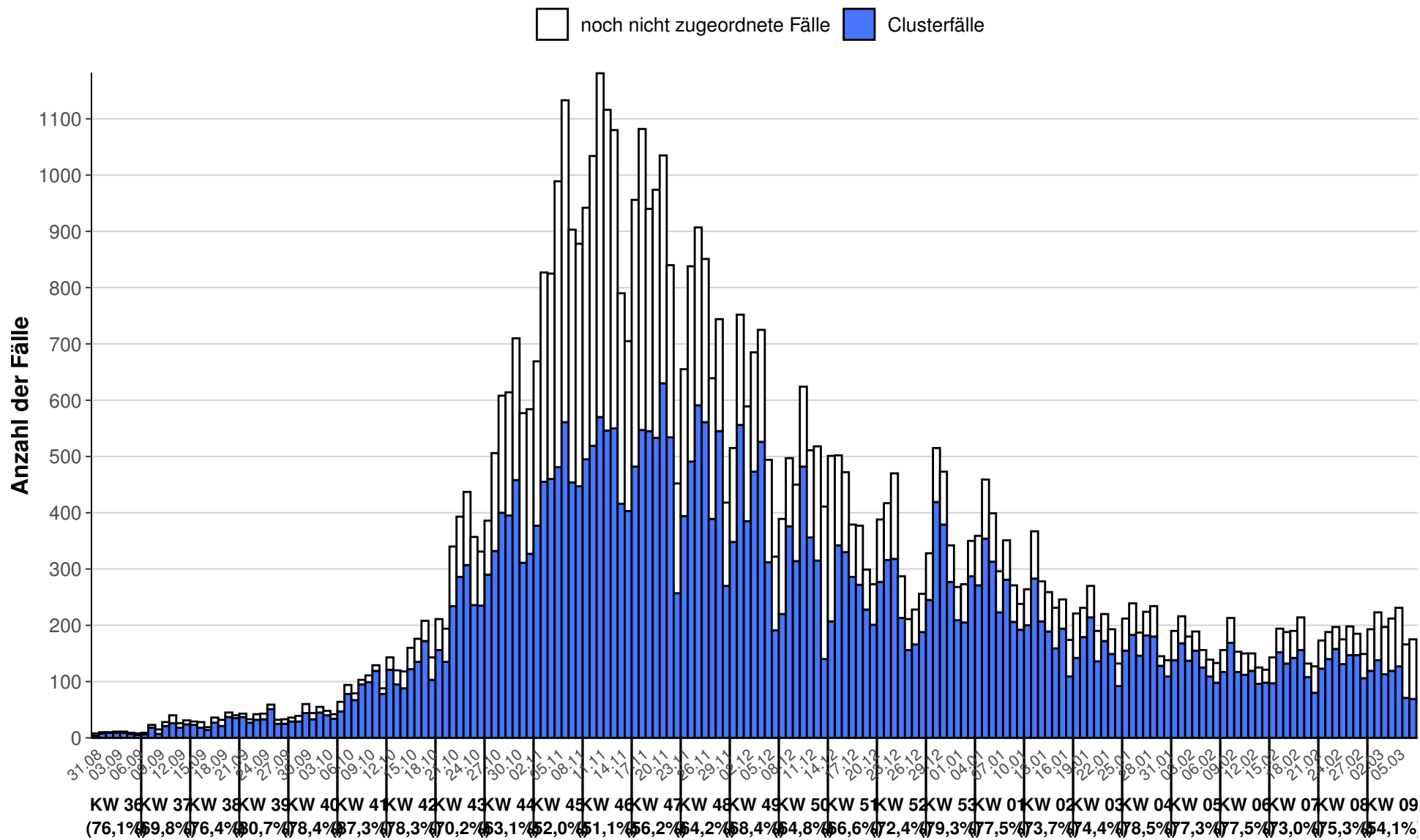
Geklärtc Fälle

Abbildung 3: Österreich (exklusive Wien), Fälle mit geklärcr Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 4: Österreich (exklusive Wien), Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 5: Österreich (exklusive Wien), Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

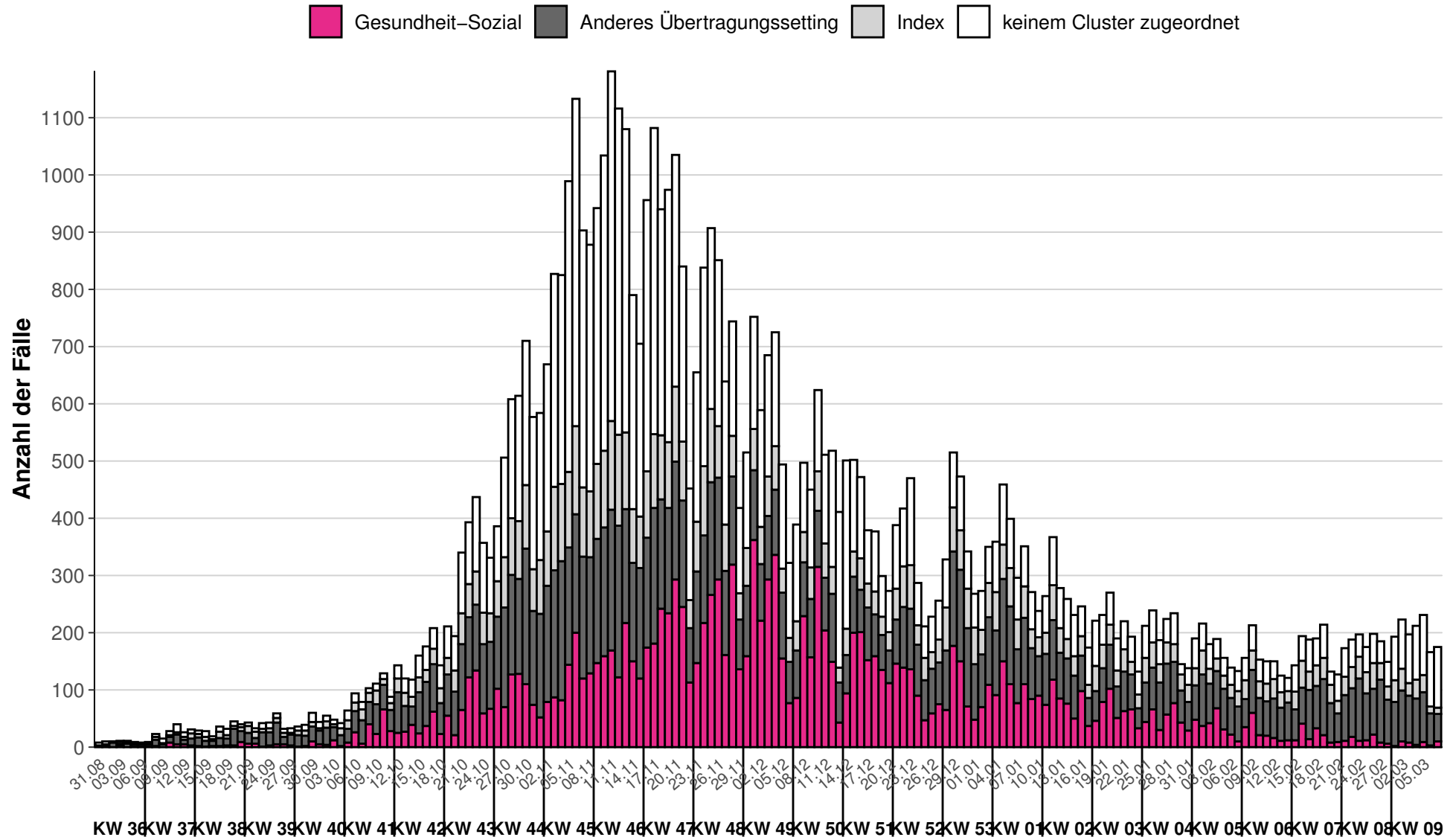


Abbildung 6: Österreich (exklusive Wien), Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

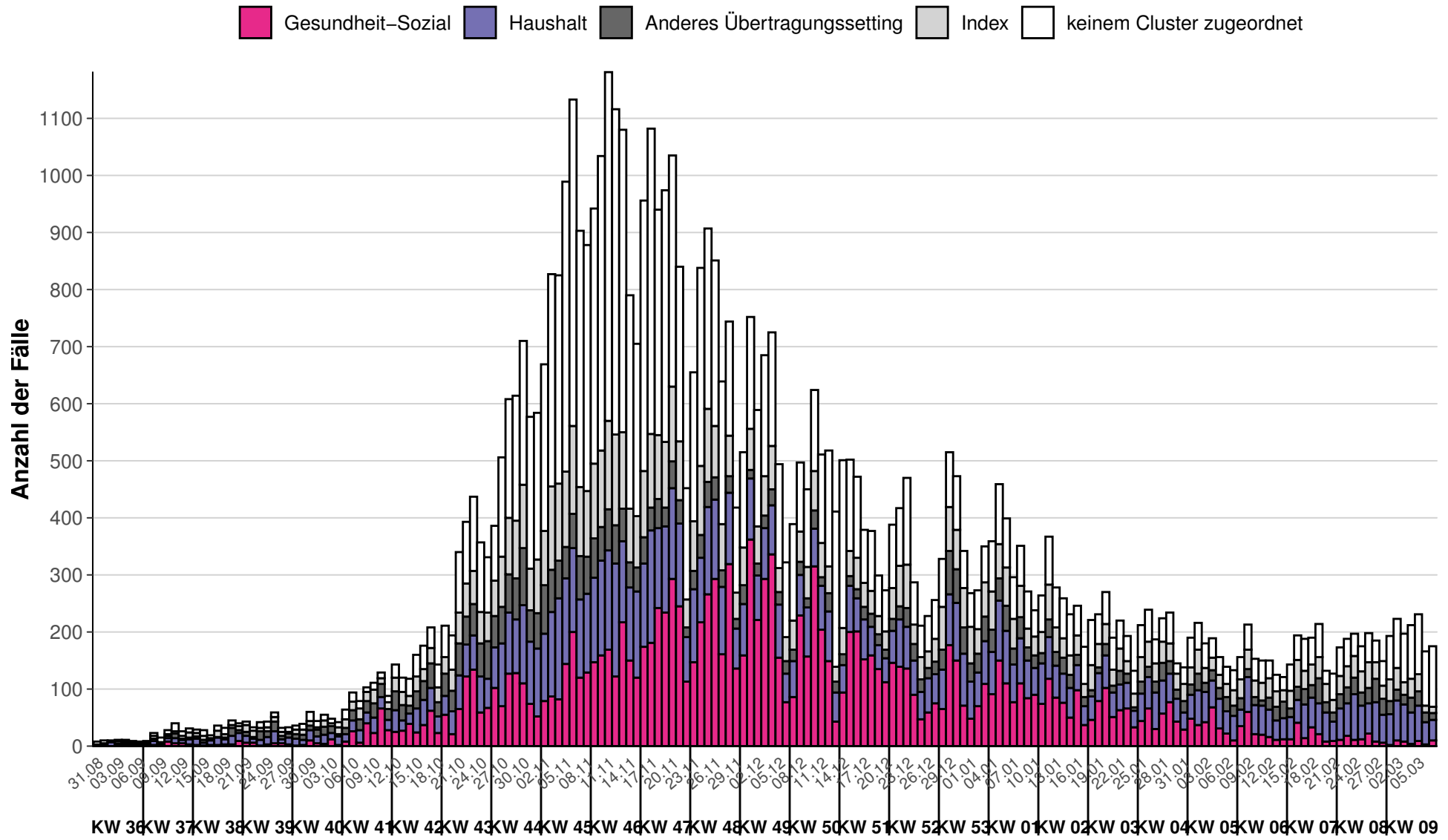


Abbildung 7: Österreich (exklusive Wien), Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

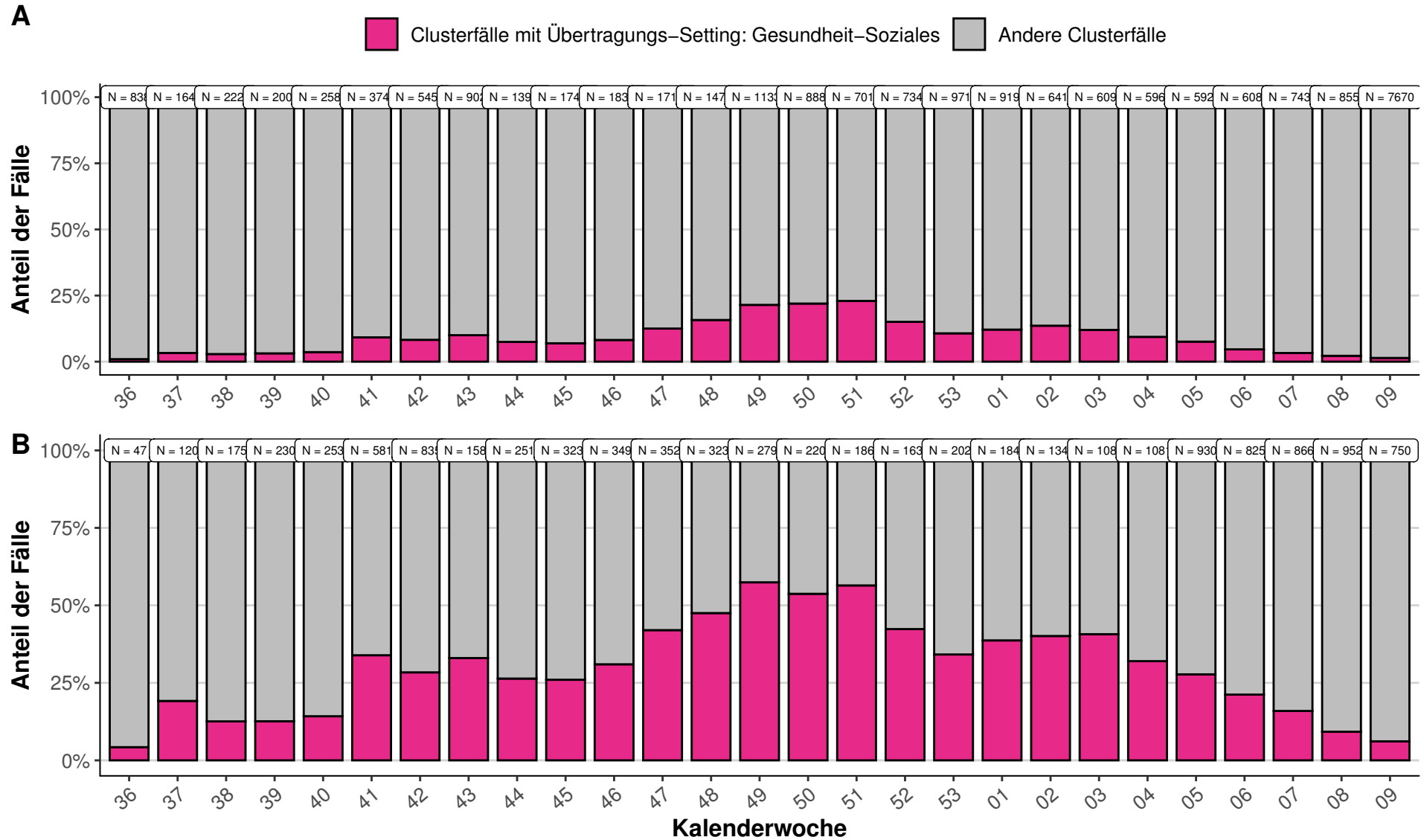


Abbildung 8: Österreich (exkl. Wien), Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen; KW 08, 2021 und KW 09, 2021 noch in Arbeit

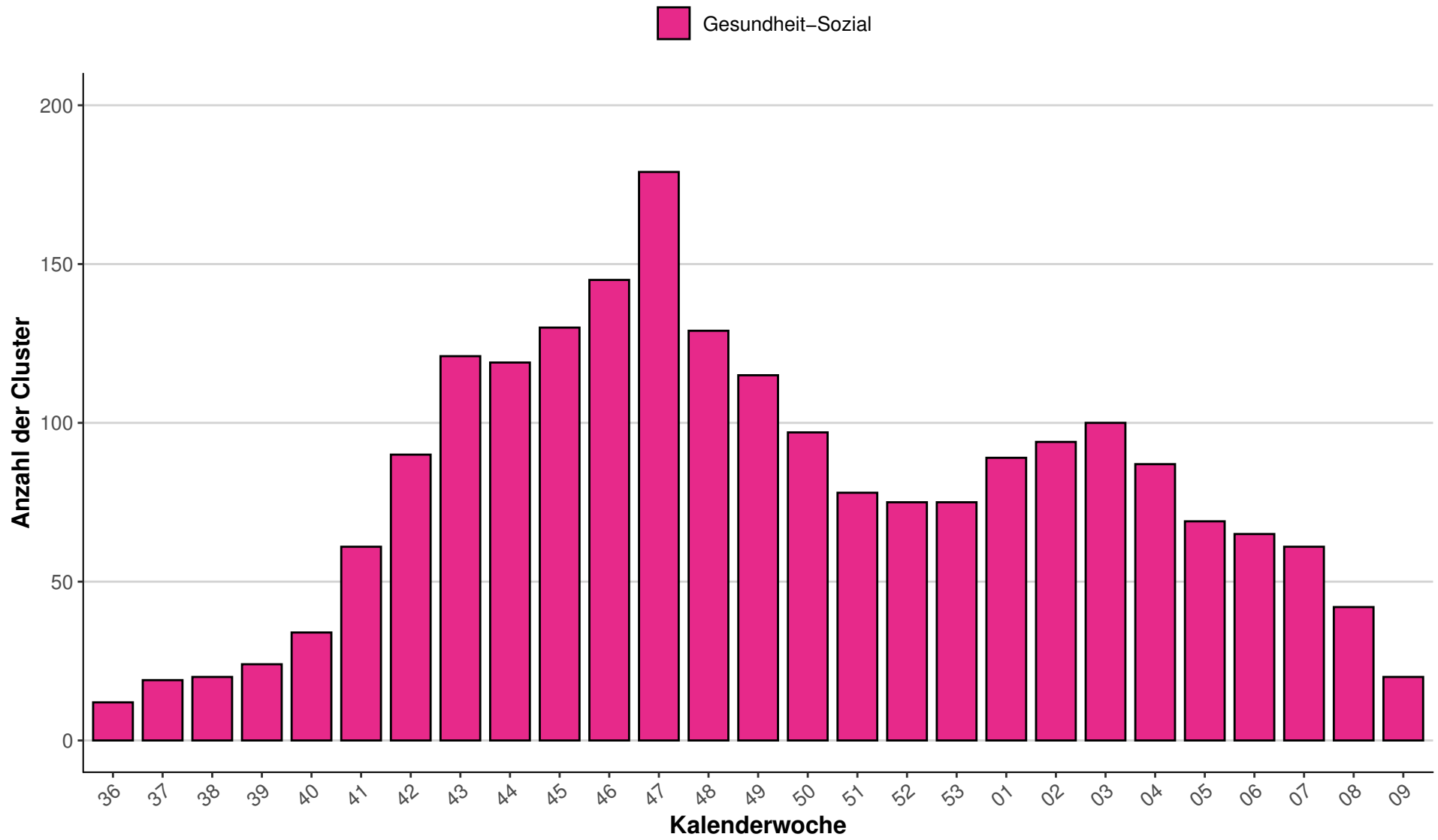


Abbildung 9: Österreich (exkl. Wien), Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

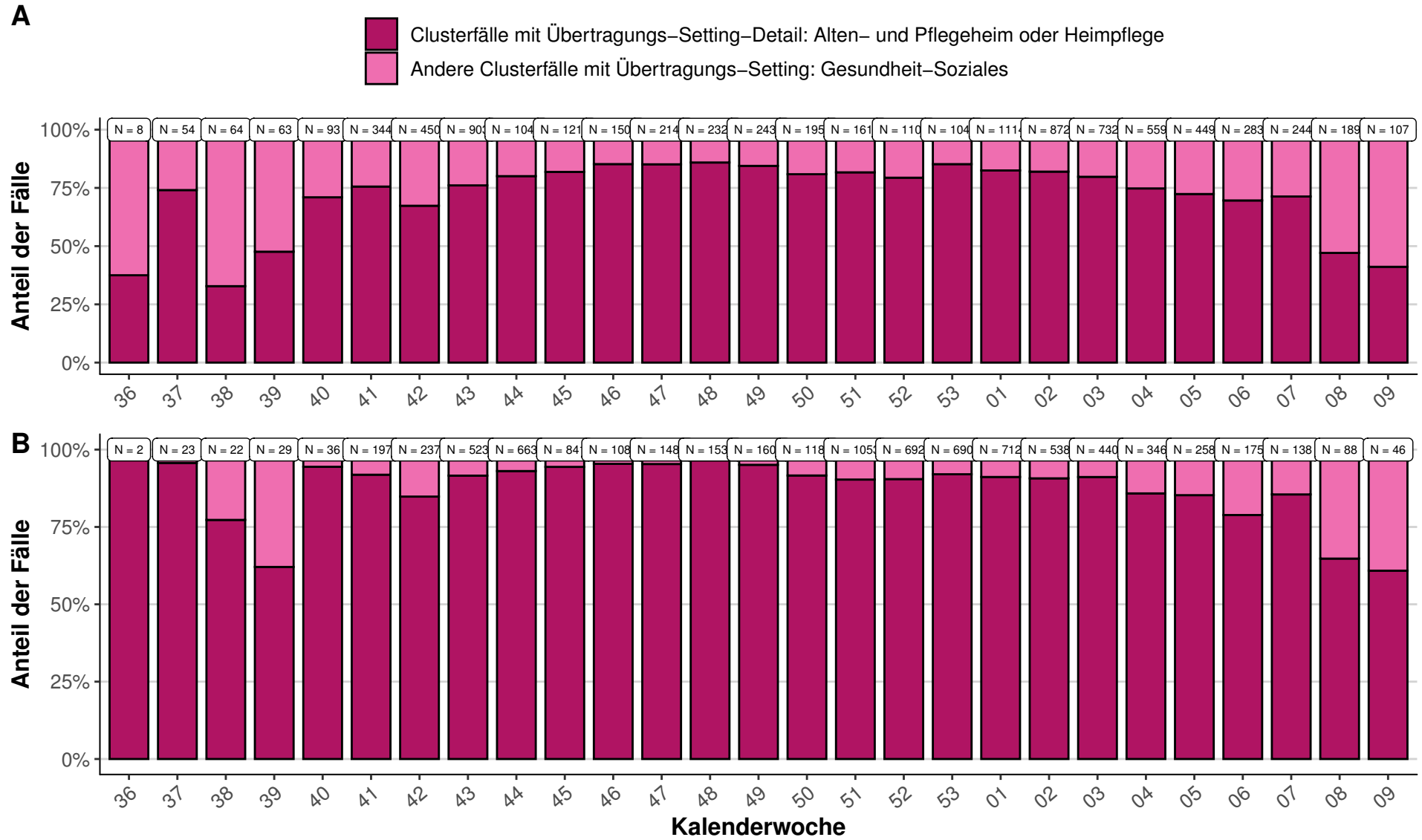


Abbildung 10: Österreich (exkl. Wien), prozentuale Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36, 2020 - KW 09, 2021.

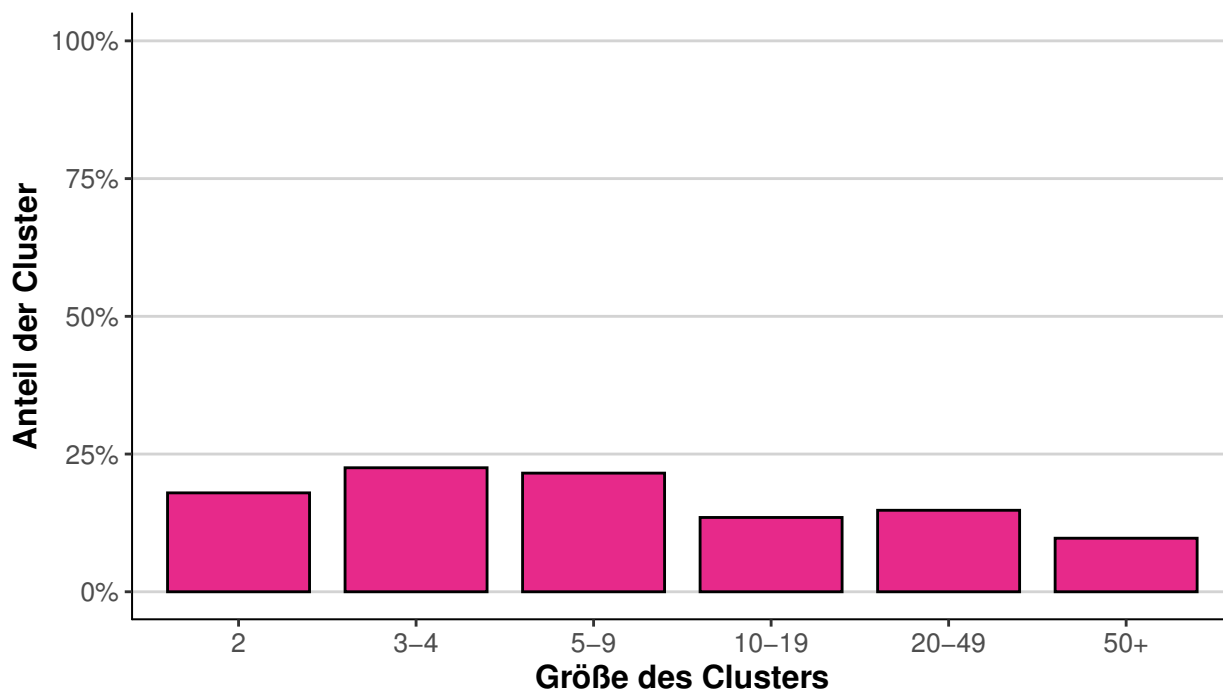
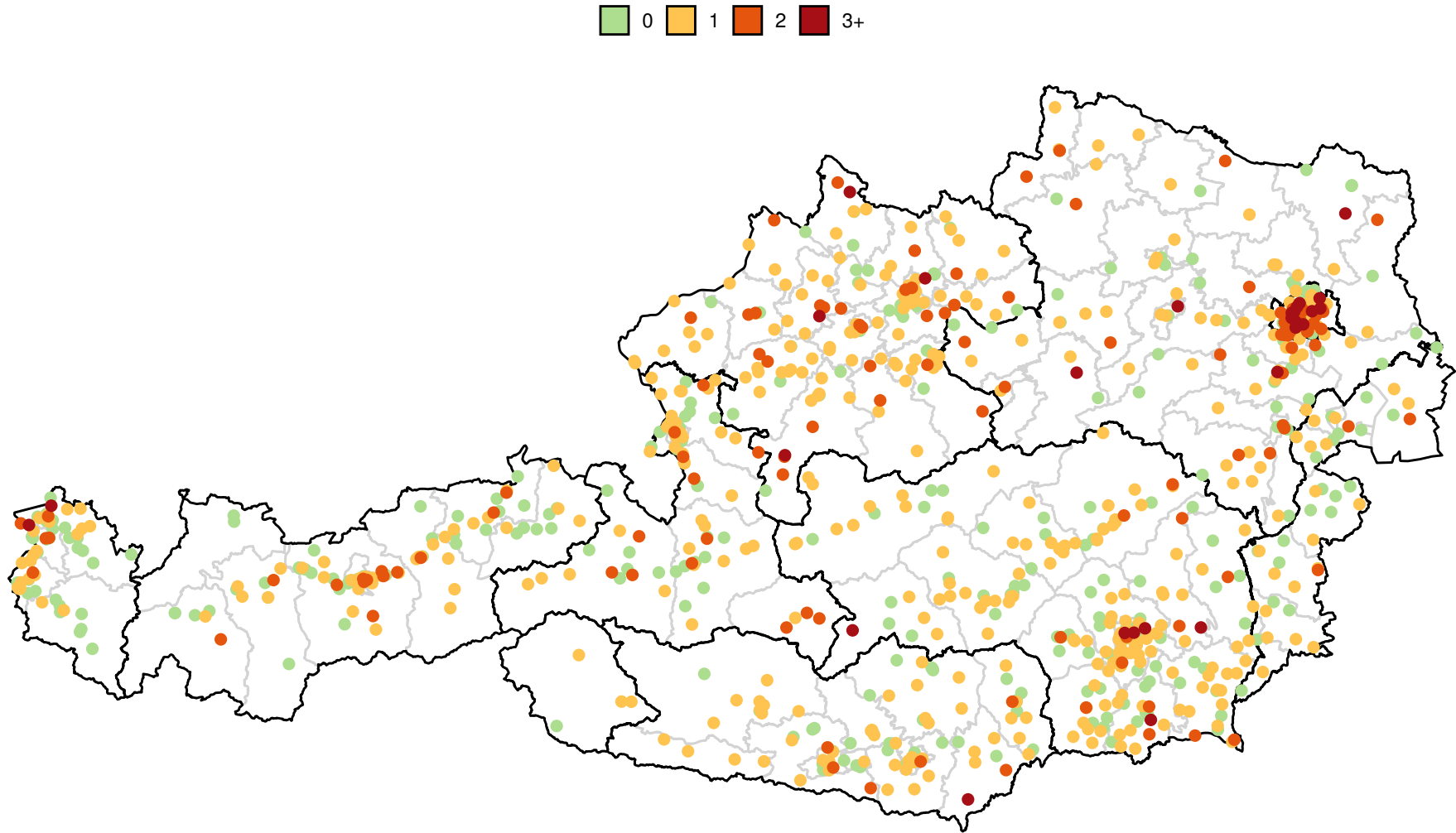


Abbildung 11: Österreich (exkl. Wien), prozentuale Verteilung von Cluster mit mindesten einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales, von Haushalt-Clustern (singulär), von Bildungscluster (singulär) und Clustern, die keiner dieser Kriterien erfüllen innerhalb der Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle), KW 36, 2020 - KW 09, 2021 (KW 09, 2021 noch in Aufklärung bez. Cluster)



Geographische Verteilung

Abbildung 12: Österreich, Geographische Verteilung der in Cluster involvierten Alten-, Pflegeheimen/Seniorenresidenzen, Farbgebung illustriert die Häufigkeit der Cluster-Involvierung, KW 36, 2020 - KW 09, 2021.



Burgenland

Abbildung 13: Burgenland, Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

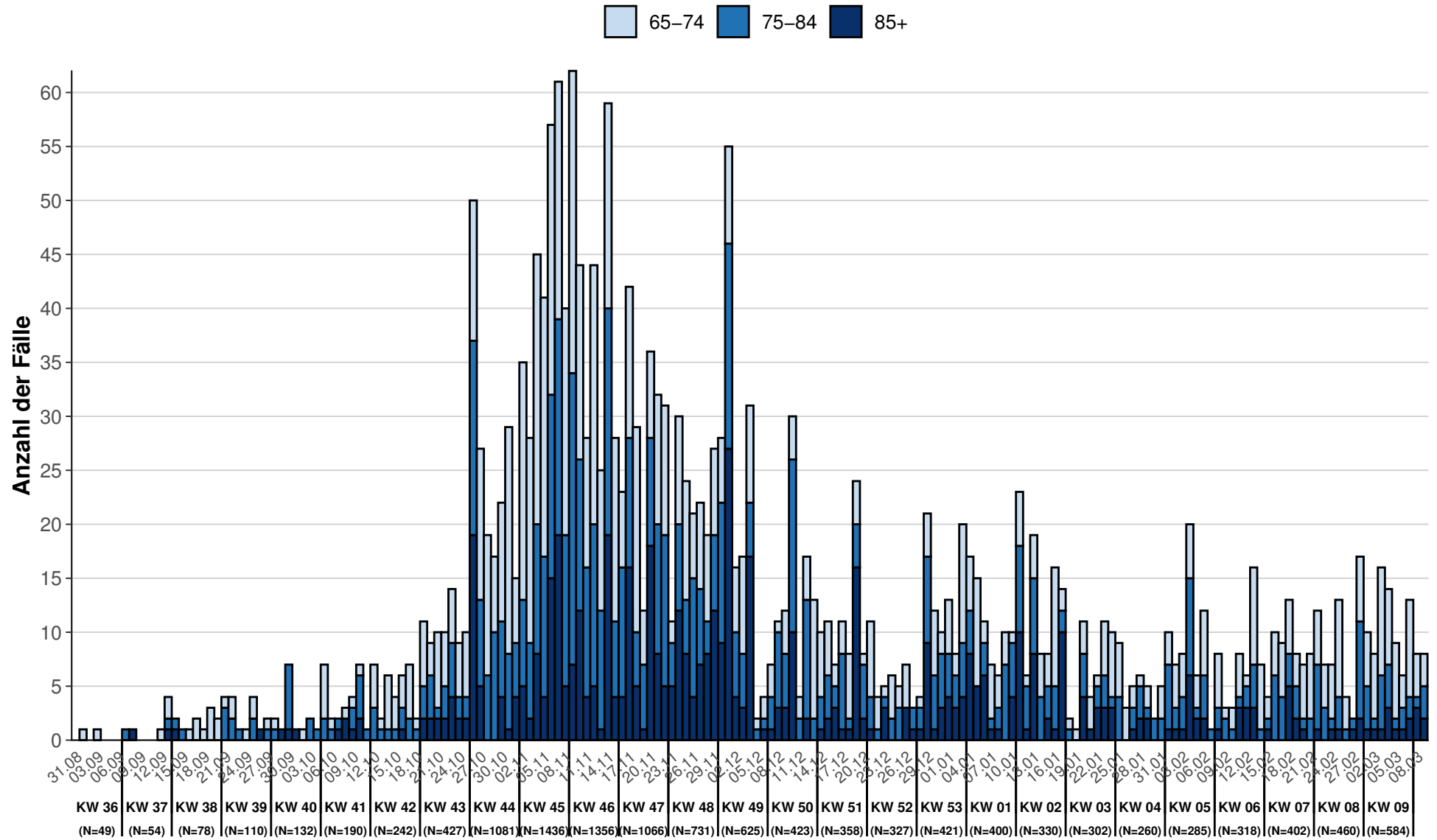


Tabelle 4: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 36, 2020 bis KW 49, 2020

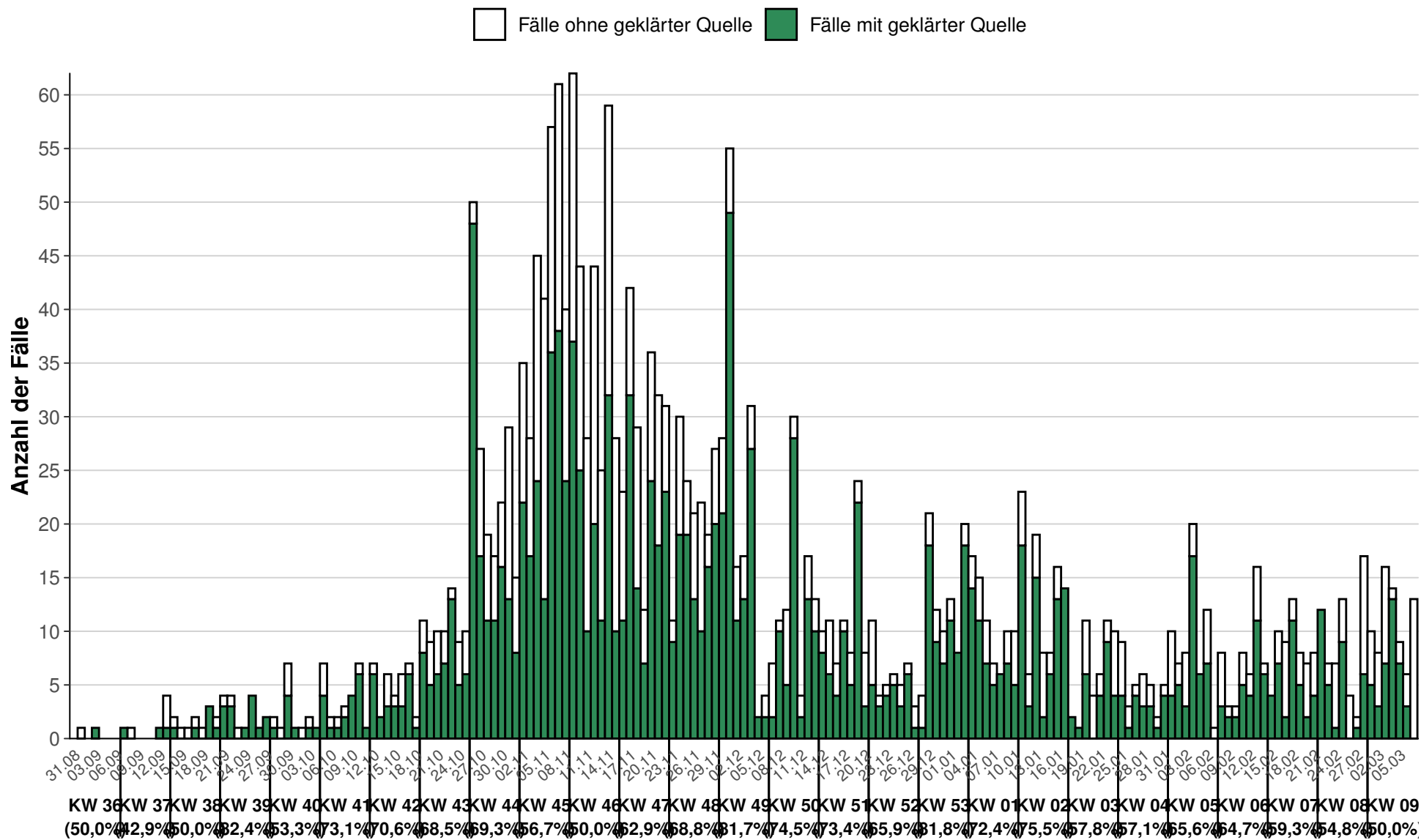
Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48	KW 49
<25	38,78%	33,33%	23,08%	30,91%	37,88%	31,58%	26,03%	20,37%	19,33%	16,16%	19,17%	16,04%	18,06%	13,44%
25-44	36,73%	27,78%	37,18%	31,82%	23,48%	26,84%	28,10%	25,53%	28,95%	28,13%	24,85%	29,55%	27,63%	26,40%
45-64	20,41%	25,93%	24,36%	21,82%	27,27%	27,89%	31,82%	37,00%	35,15%	34,33%	34,59%	35,18%	33,24%	35,68%
65+	4,08%	12,96%	15,38%	15,45%	11,36%	13,68%	14,05%	17,10%	16,56%	21,38%	21,39%	19,23%	21,07%	24,48%

Tabelle 5: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 50, 2020 bis KW 09, 2021

Altersgruppe	KW 50	KW 51	KW 52	KW 53	KW 01	KW 02	KW 03	KW 04	KW 05	KW 06	KW 07	KW 08	KW 09
<25	16,31%	19,83%	22,32%	23,75%	15,25%	15,15%	16,56%	21,15%	18,95%	16,98%	20,90%	25,65%	27,05%
25-44	24,59%	27,09%	32,42%	25,18%	30,00%	21,82%	32,12%	28,85%	24,56%	27,99%	32,09%	31,09%	31,16%
45-64	36,88%	31,01%	32,72%	30,17%	35,75%	34,55%	36,42%	36,54%	34,04%	38,99%	32,34%	29,78%	28,77%
65+	22,22%	22,07%	12,54%	20,90%	19,00%	28,48%	14,90%	13,46%	22,46%	16,04%	14,68%	13,48%	13,01%

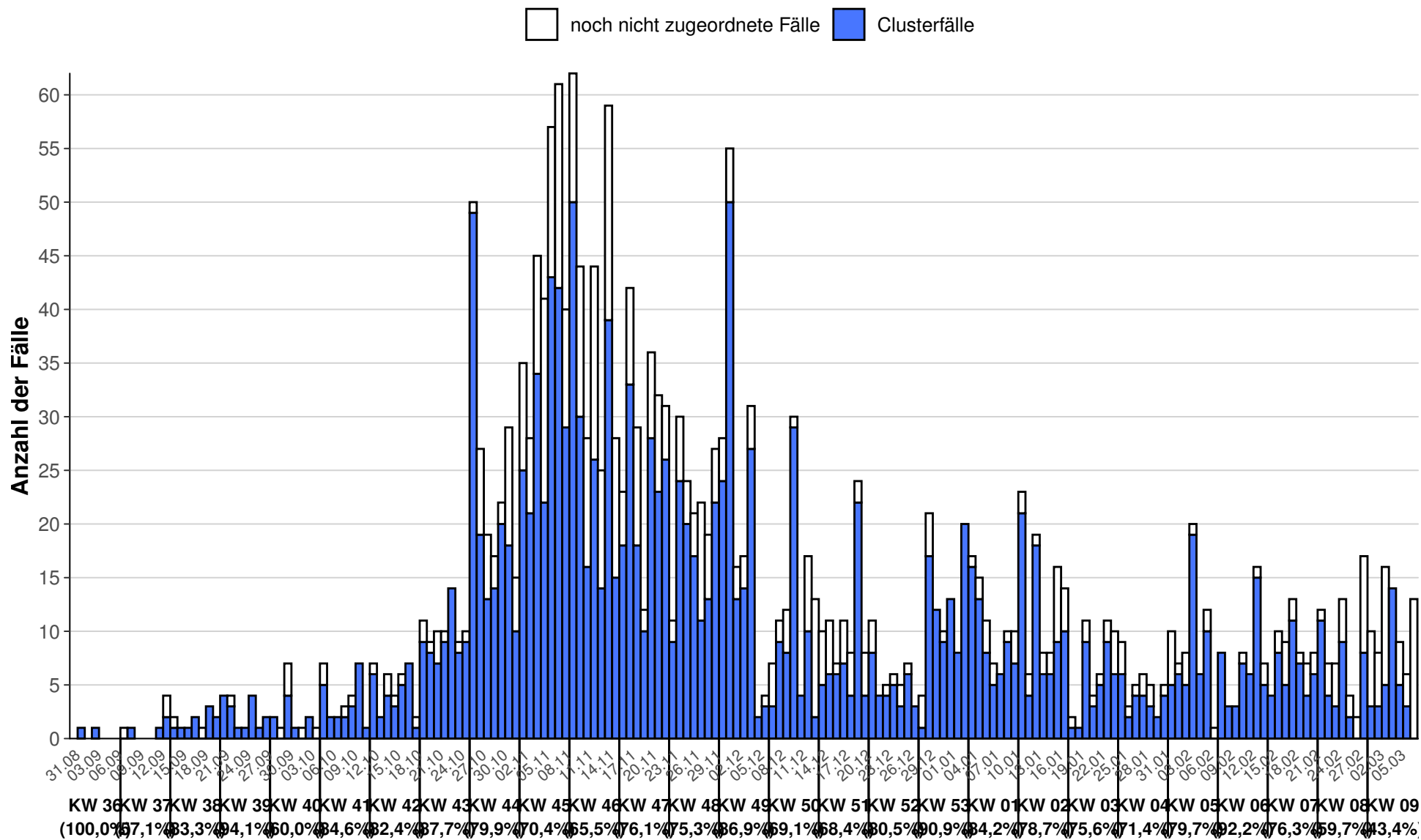
Geklärte Fälle

Abbildung 14: Burgenland, Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 15: Burgenland, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 16: Burgenland, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

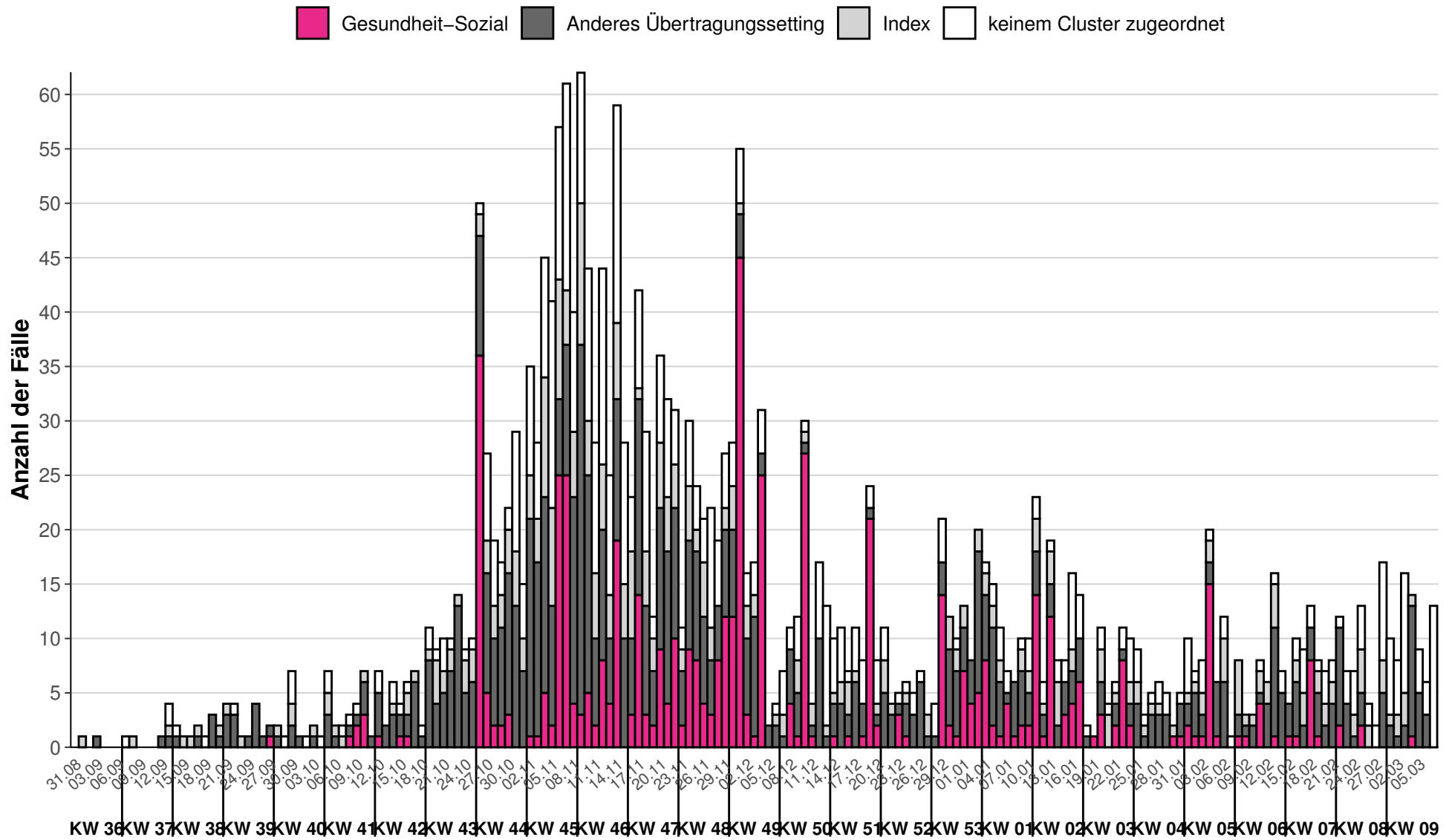


Abbildung 17: Burgenland, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

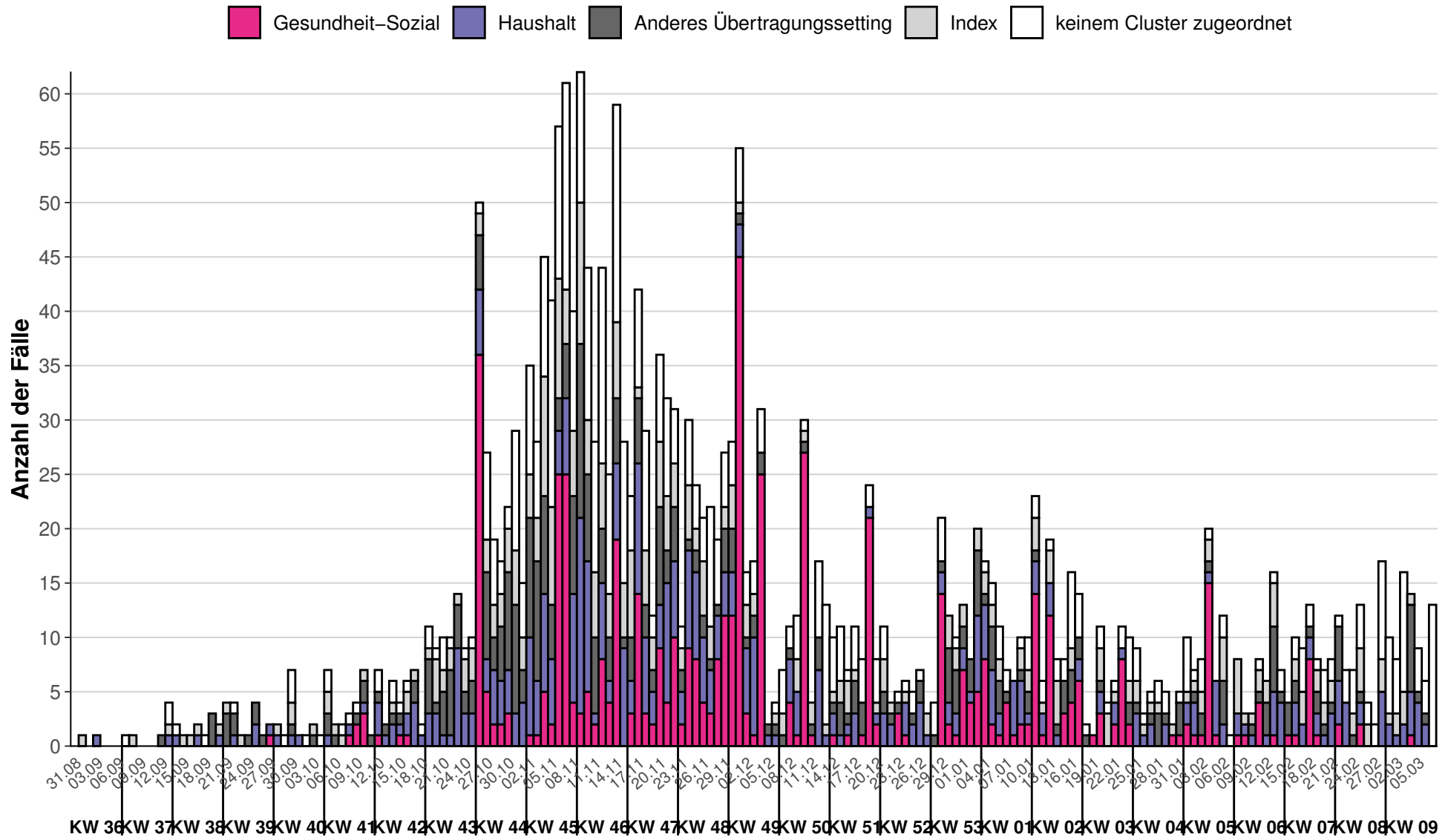


Abbildung 18: Burgenland, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

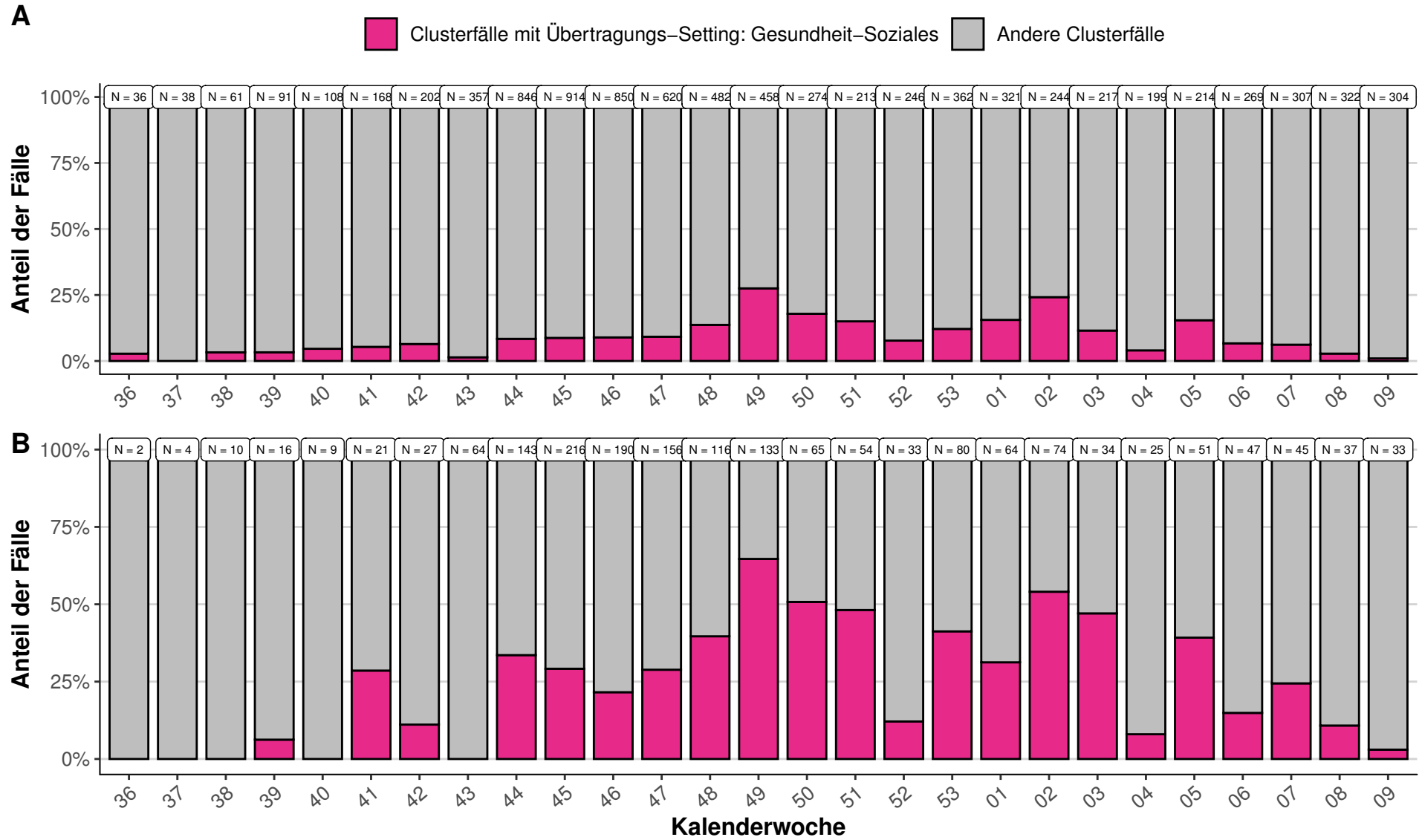


Abbildung 19: Burgenland, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen; KW KW 08, 2021 und KW KW 09, 2021 noch in Arbeit

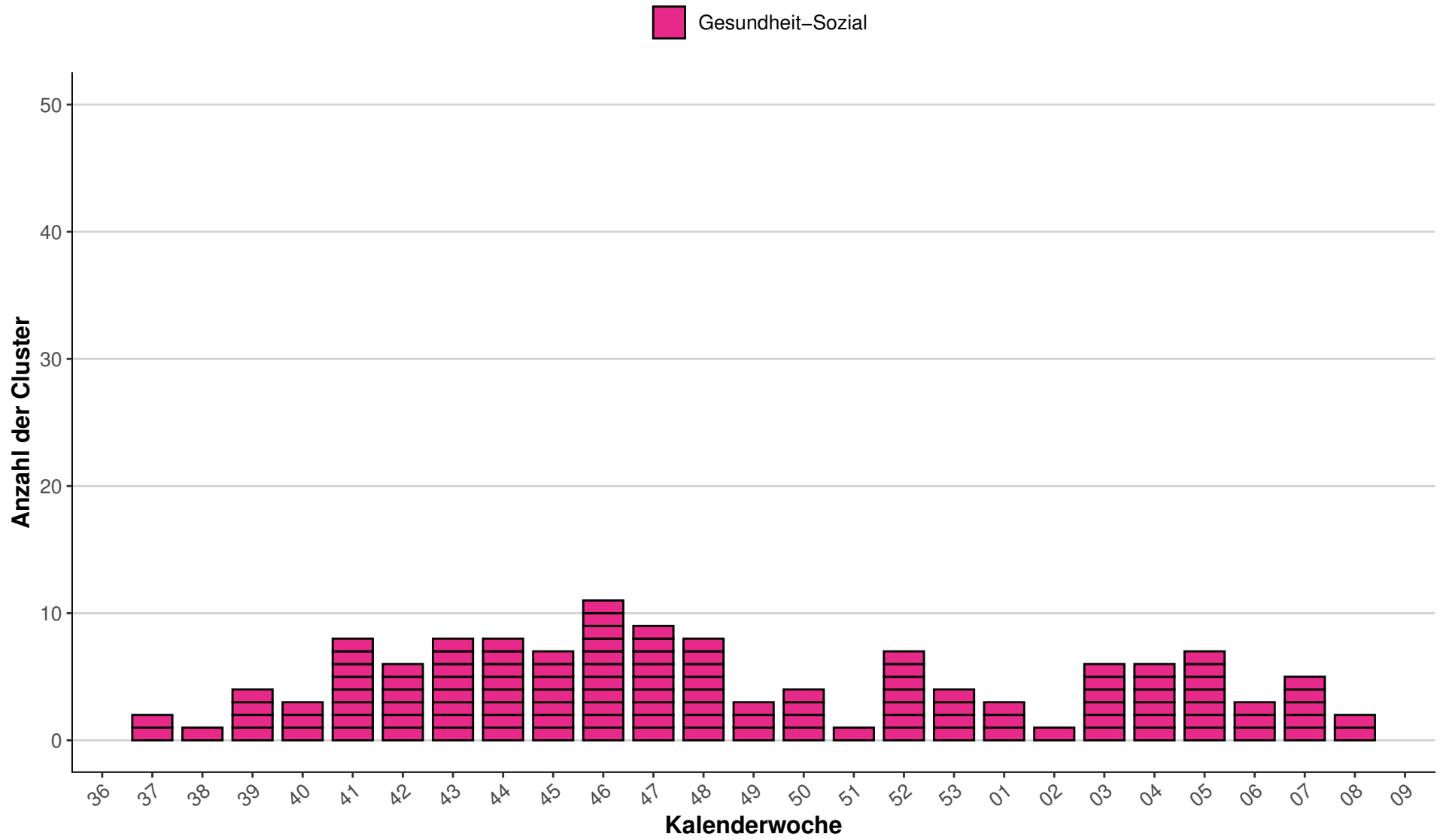


Abbildung 20: Burgenland, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

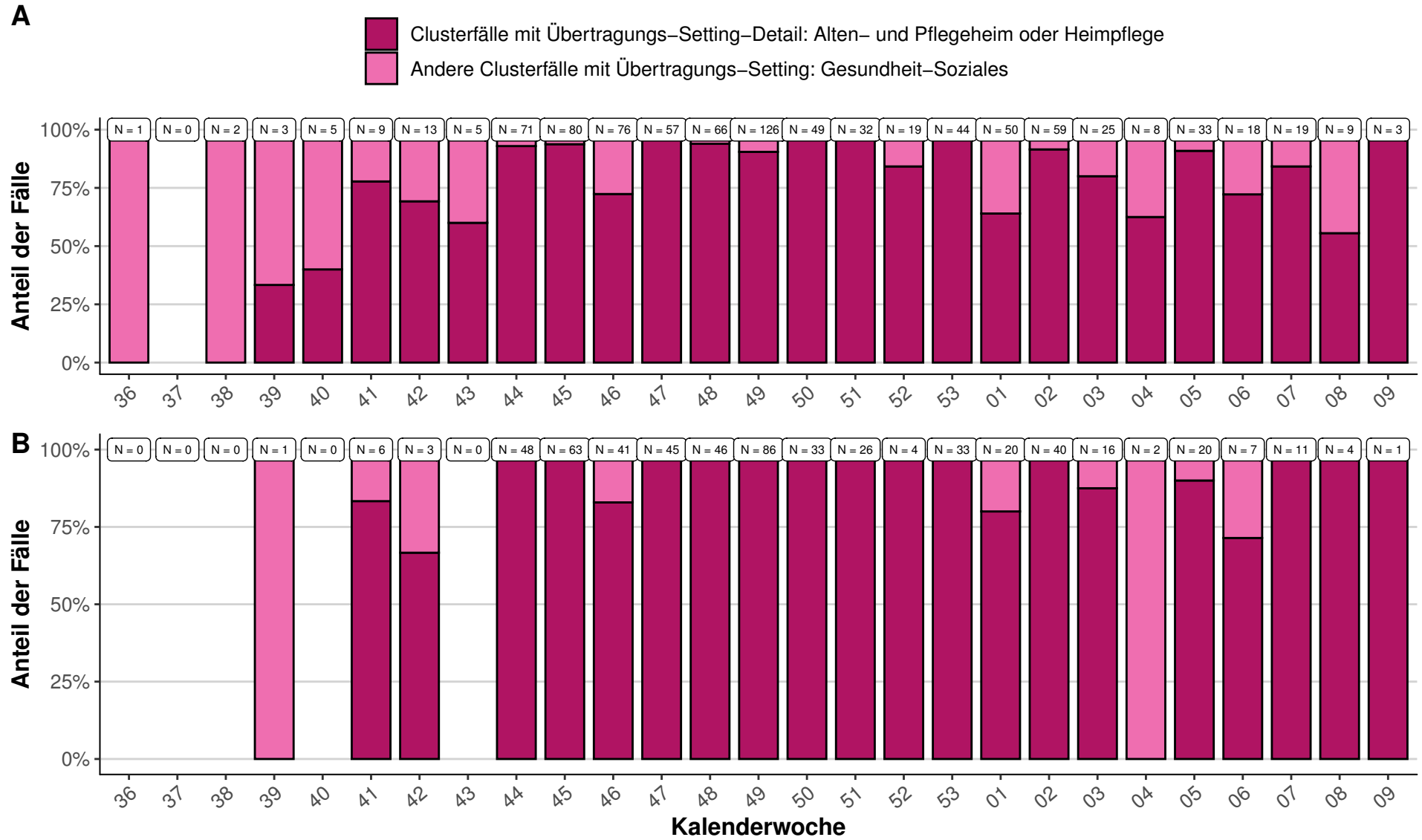


Abbildung 21: Burgenland, prozentuale Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36, 2020 - KW 09, 2021.

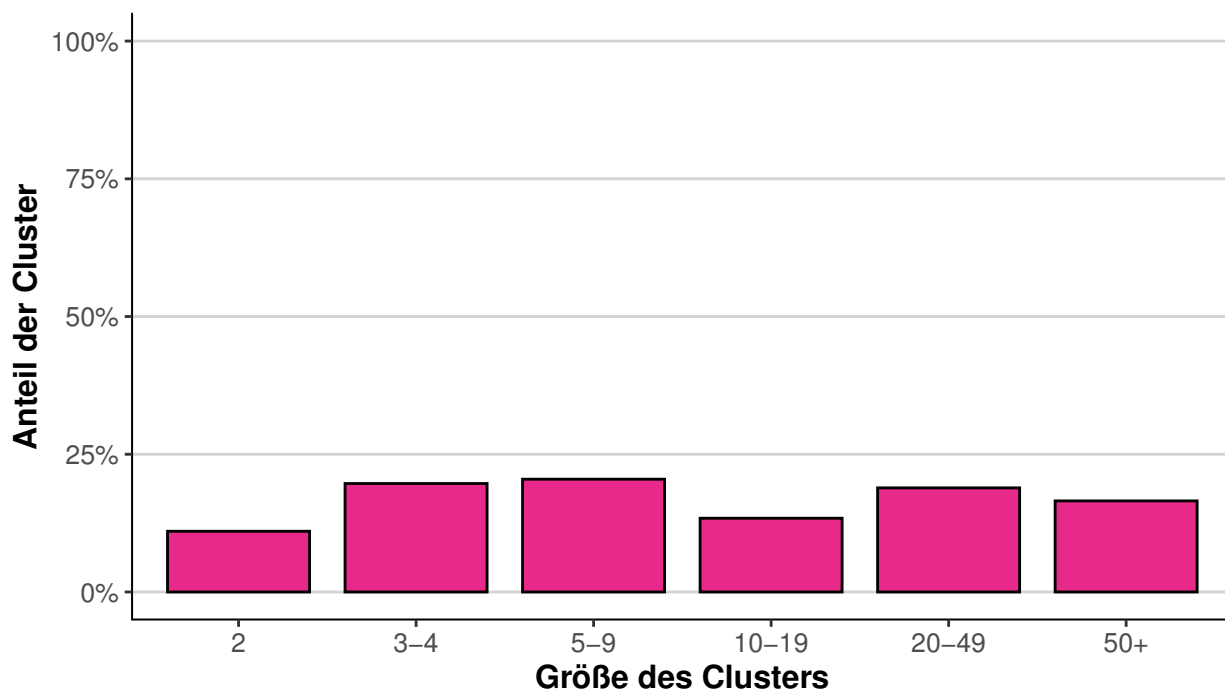
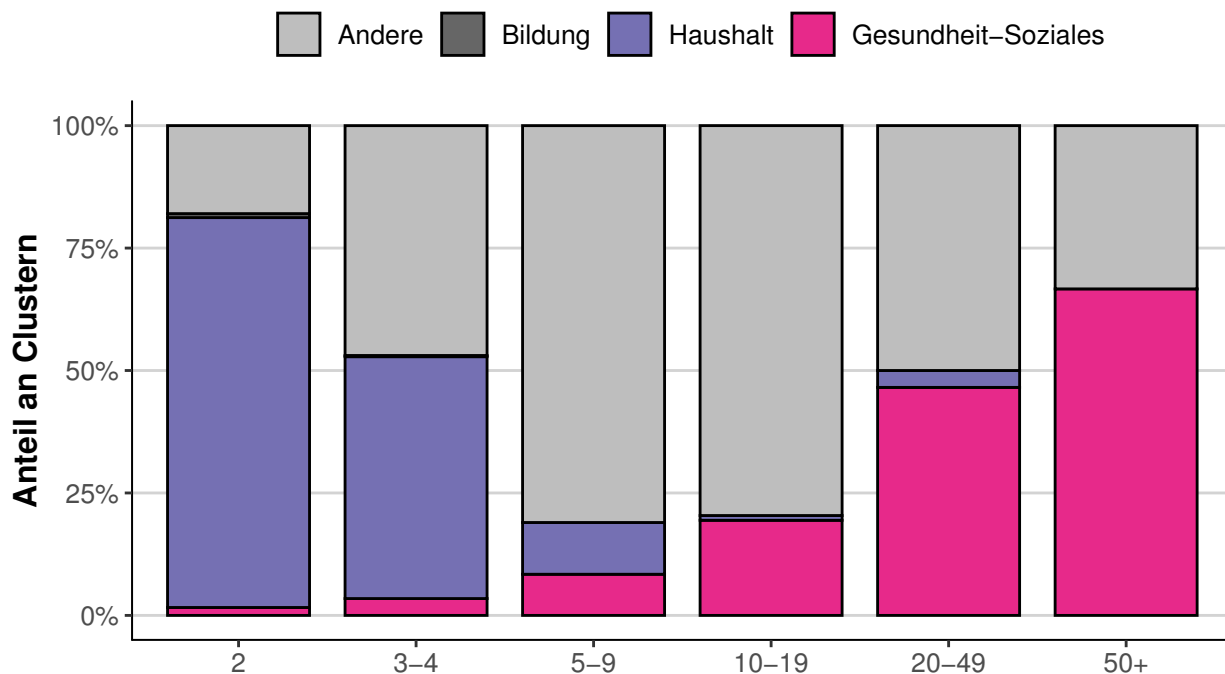
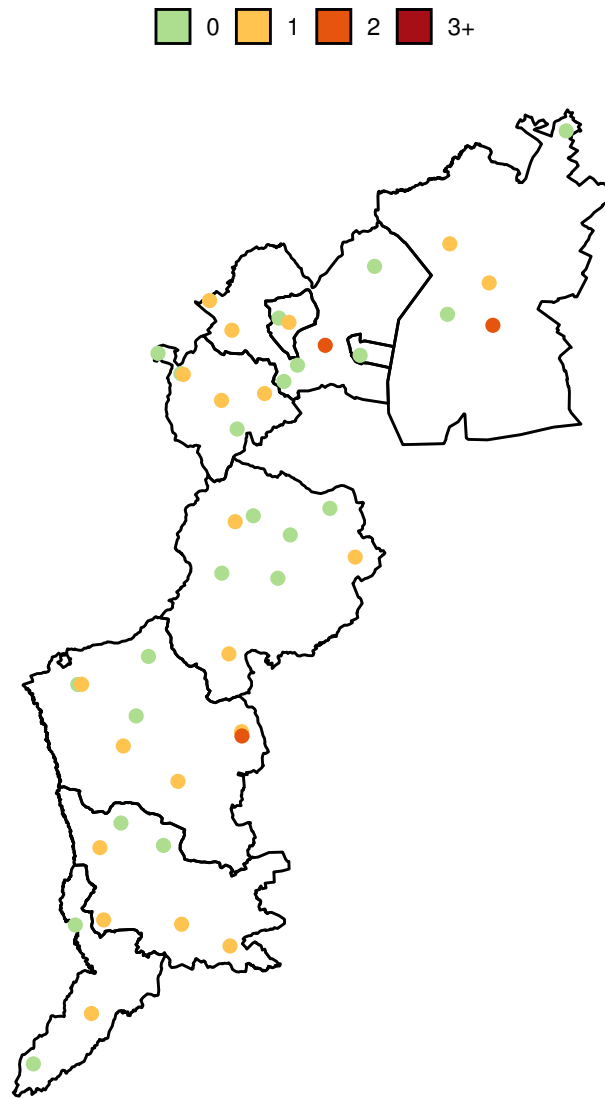


Abbildung 22: Burgenland, prozentuale Verteilung von Cluster mit mindesten einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales, von Haushalt-Clustern (singulär), von Bildungscluster (singulär) und Clustern, die keiner dieser Kriterien erfüllen innerhalb der Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle), KW 36, 2020 - KW 09, 2021 (KW 09, 2021 noch in Aufklärung bez. Cluster)



Geographische Verteilung

Abbildung 23: Burgenland, Geographische Verteilung der in Cluster involvierten Alten-, Pflegeheimen/Seniorenresidenzen, Farbgebung illustriert die Häufigkeit der Cluster-Involvierung, KW 36, 2020 - KW 09, 2021.



Kärnten

Abbildung 24: Kärnten, Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

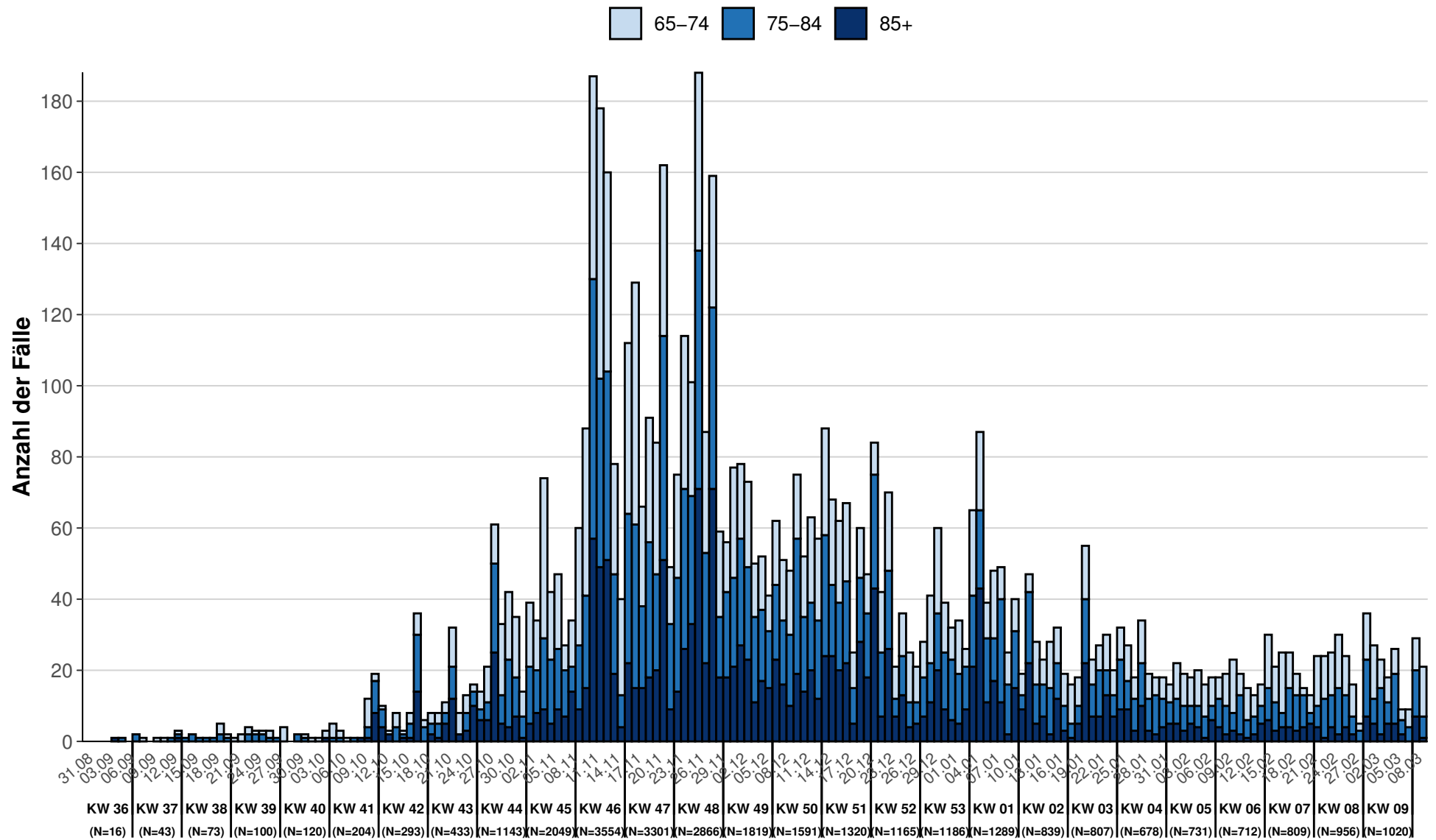


Tabelle 6: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 36, 2020 bis KW 49, 2020

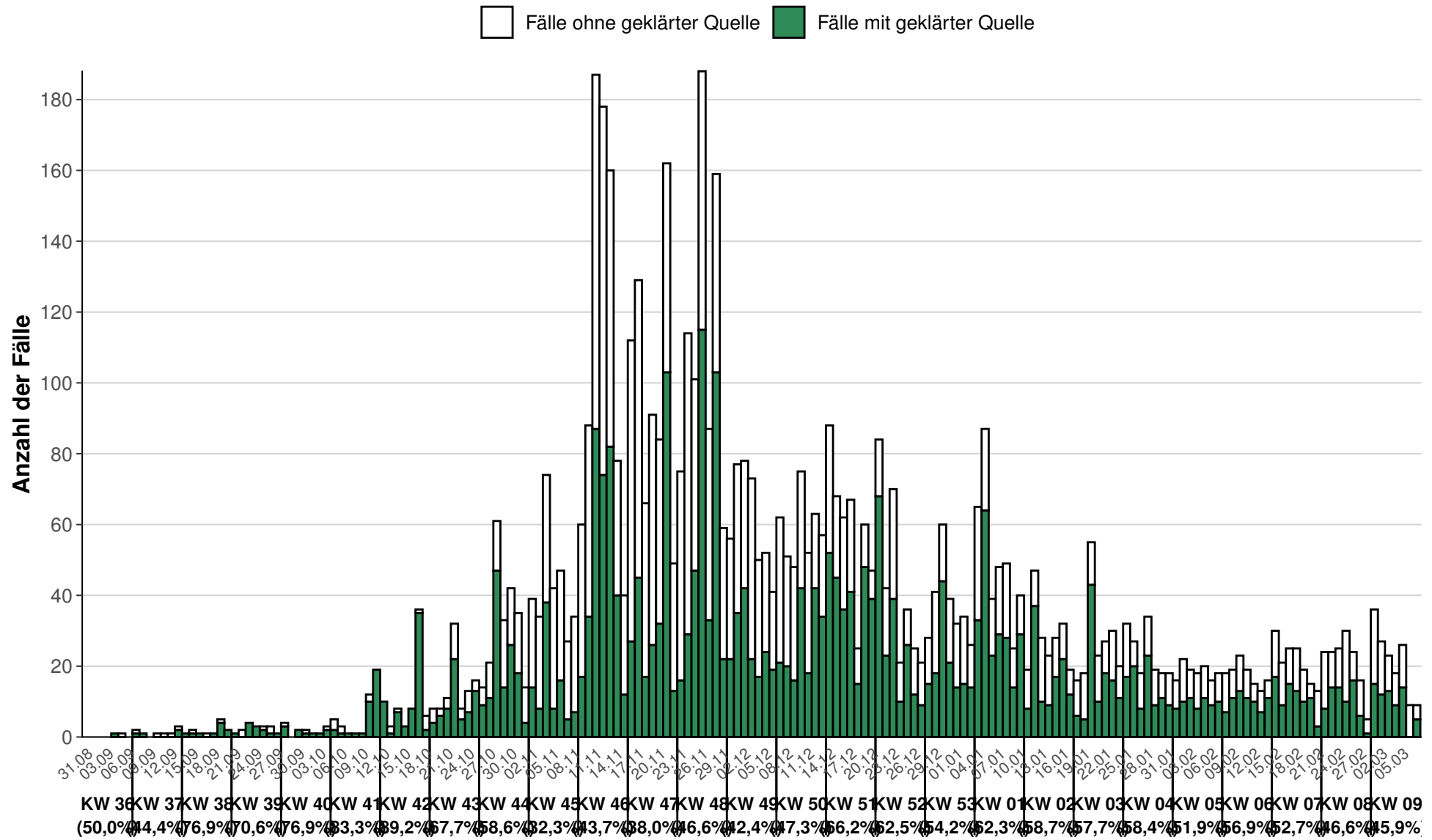
Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48	KW 49
<25	12,50%	20,93%	23,29%	25,00%	25,00%	17,16%	21,50%	17,78%	20,38%	24,06%	18,57%	14,39%	12,04%	13,08%
25-44	43,75%	25,58%	34,25%	31,00%	35,00%	35,29%	21,16%	31,87%	27,56%	28,79%	27,12%	30,17%	26,20%	28,64%
45-64	31,25%	32,56%	24,66%	27,00%	29,17%	26,96%	32,08%	28,18%	32,81%	32,65%	32,05%	34,44%	34,44%	34,80%
65+	12,50%	20,93%	17,81%	17,00%	10,83%	20,59%	25,26%	22,17%	19,25%	14,49%	22,26%	20,99%	27,32%	23,47%

Tabelle 7: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 50, 2020 bis KW 09, 2021

Altersgruppe	KW 50	KW 51	KW 52	KW 53	KW 01	KW 02	KW 03	KW 04	KW 05	KW 06	KW 07	KW 08	KW 09
<25	10,69%	11,82%	15,79%	15,43%	15,83%	16,33%	19,33%	14,45%	21,61%	19,80%	22,74%	25,63%	25,59%
25-44	27,66%	23,71%	24,89%	26,64%	24,90%	25,15%	27,76%	29,94%	27,50%	30,90%	26,21%	26,67%	25,88%
45-64	36,02%	32,88%	33,65%	36,00%	31,89%	35,16%	29,49%	31,12%	33,24%	32,02%	32,76%	32,22%	34,02%
65+	25,64%	31,59%	25,67%	21,92%	27,39%	23,36%	23,42%	24,48%	17,65%	17,28%	18,29%	15,48%	14,51%

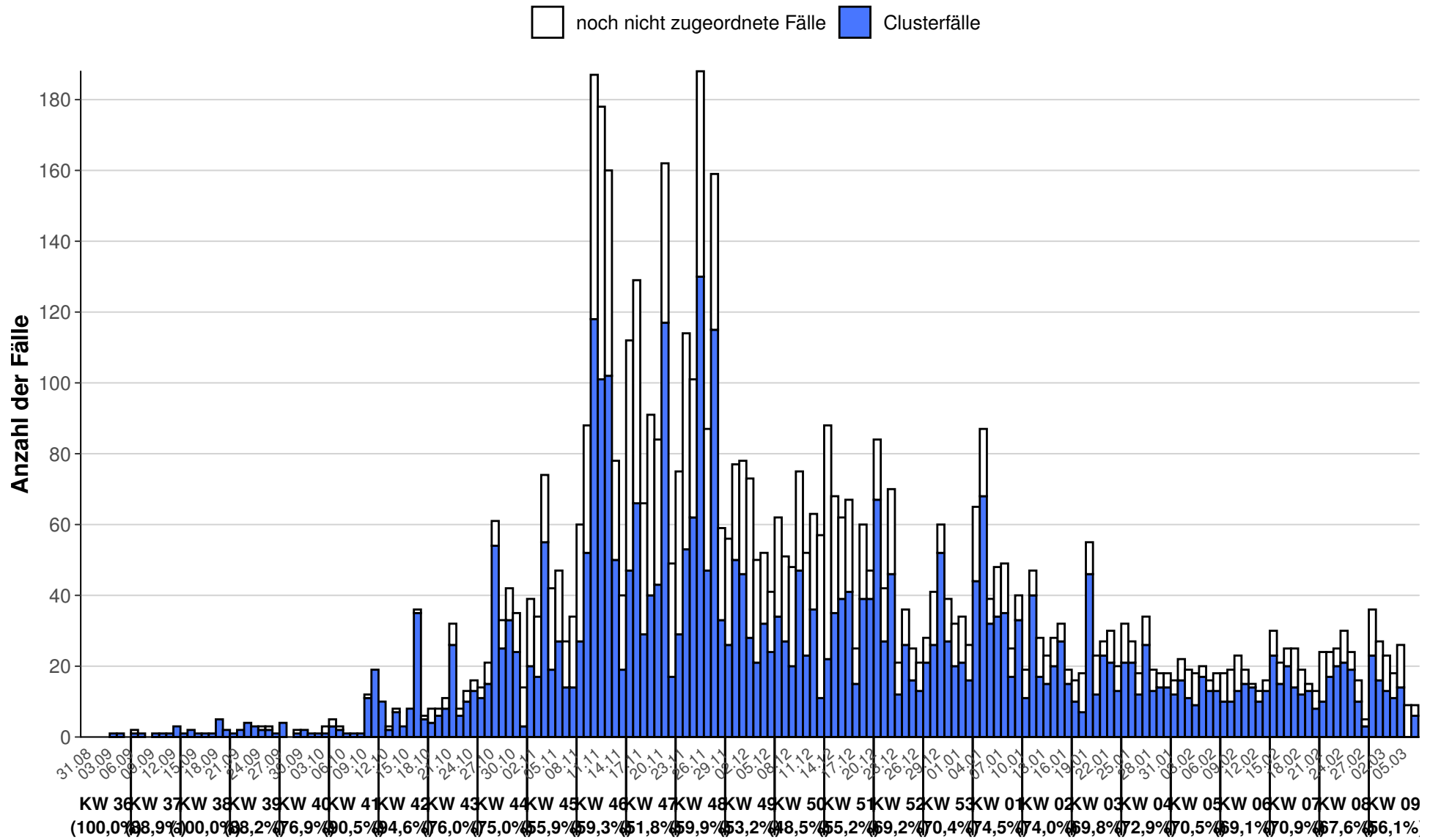
Geklärte Fälle

Abbildung 25: Kärnten, Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 26: Kärnten, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 27: Kärnten, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

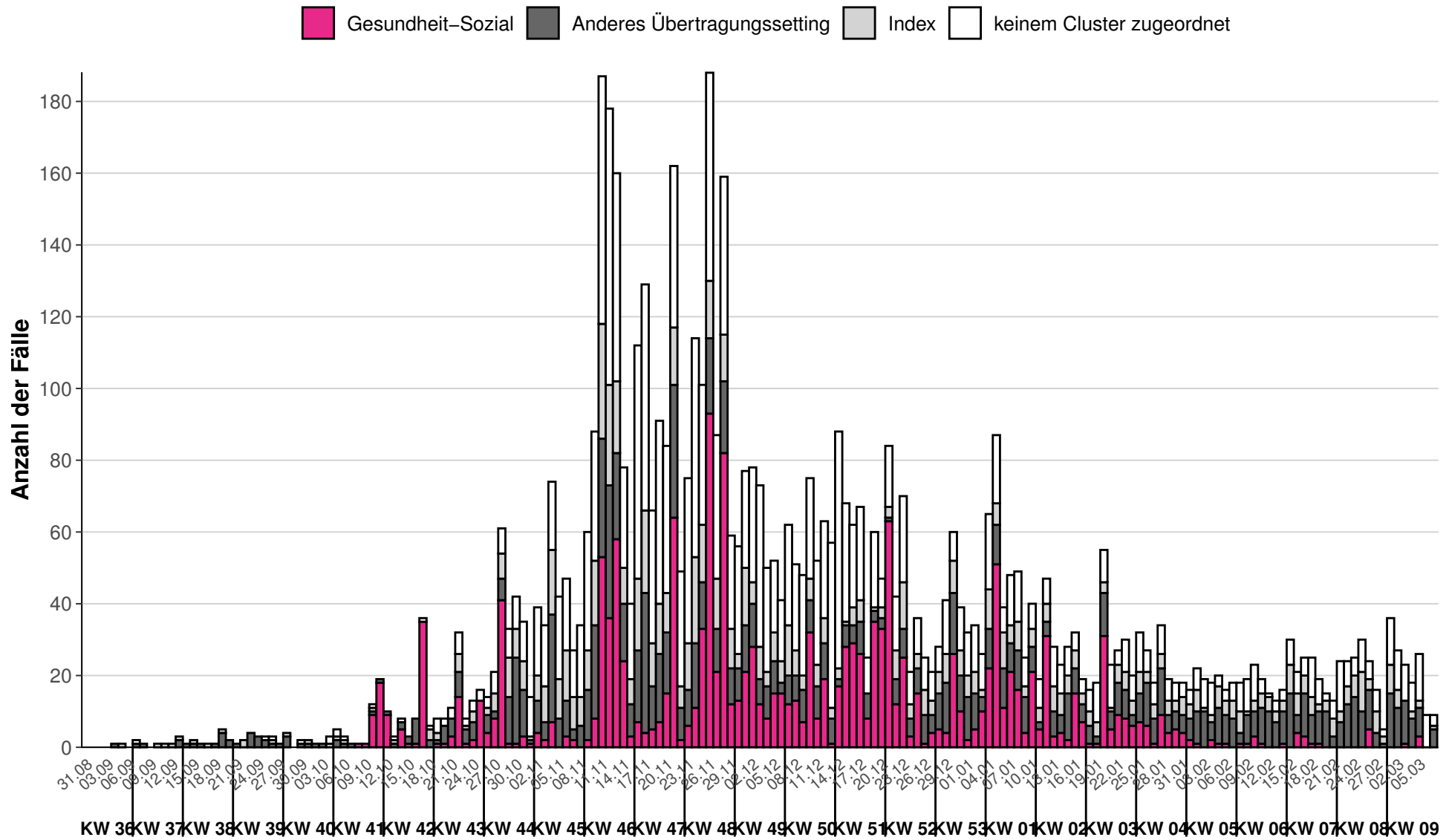


Abbildung 28: Kärnten, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

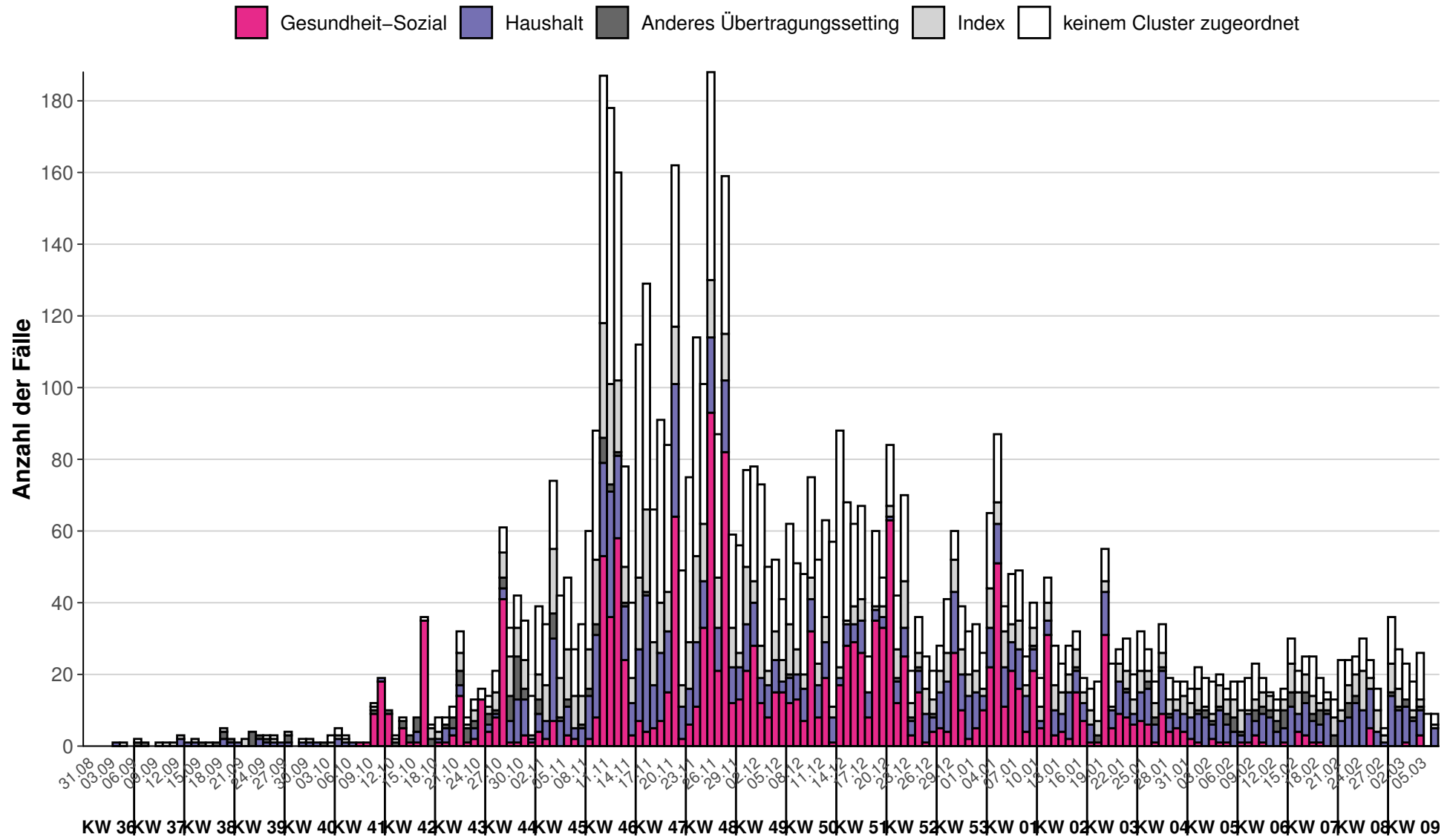


Abbildung 29: Kärnten, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales.
A: Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

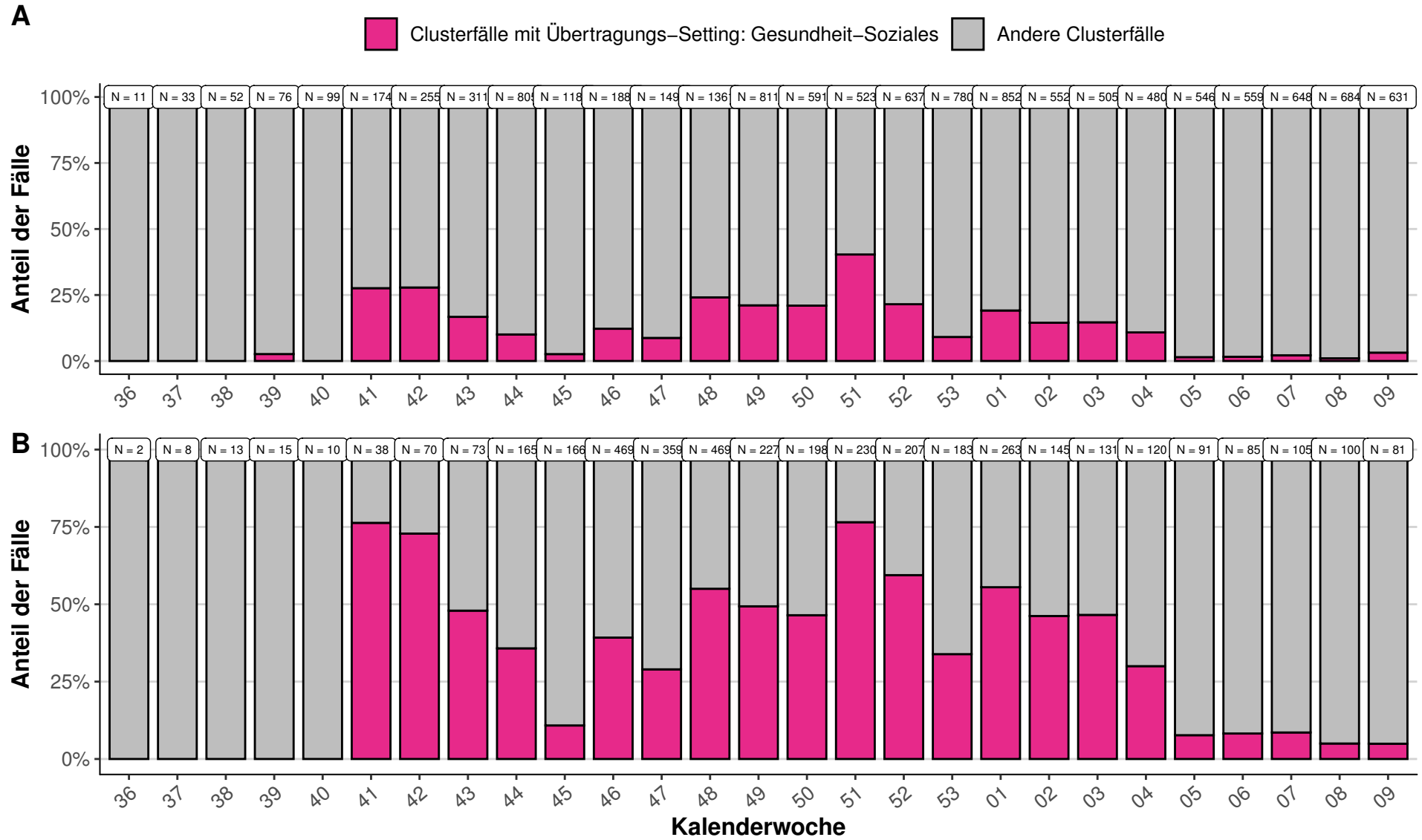


Abbildung 30: Kärnten, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen; KW KW 08, 2021 und KW KW 09, 2021 noch in Arbeit

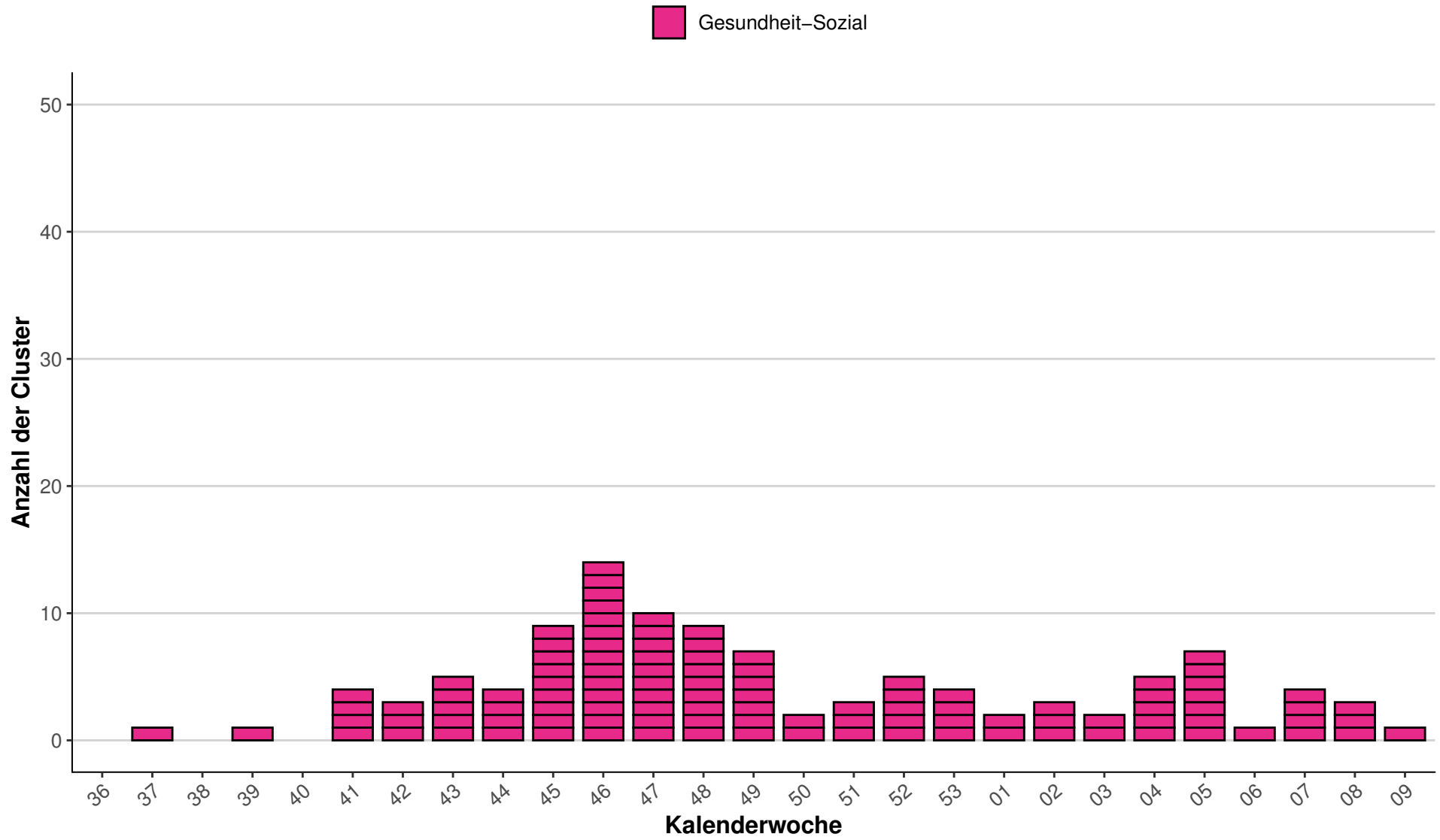


Abbildung 31: Kärnten, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

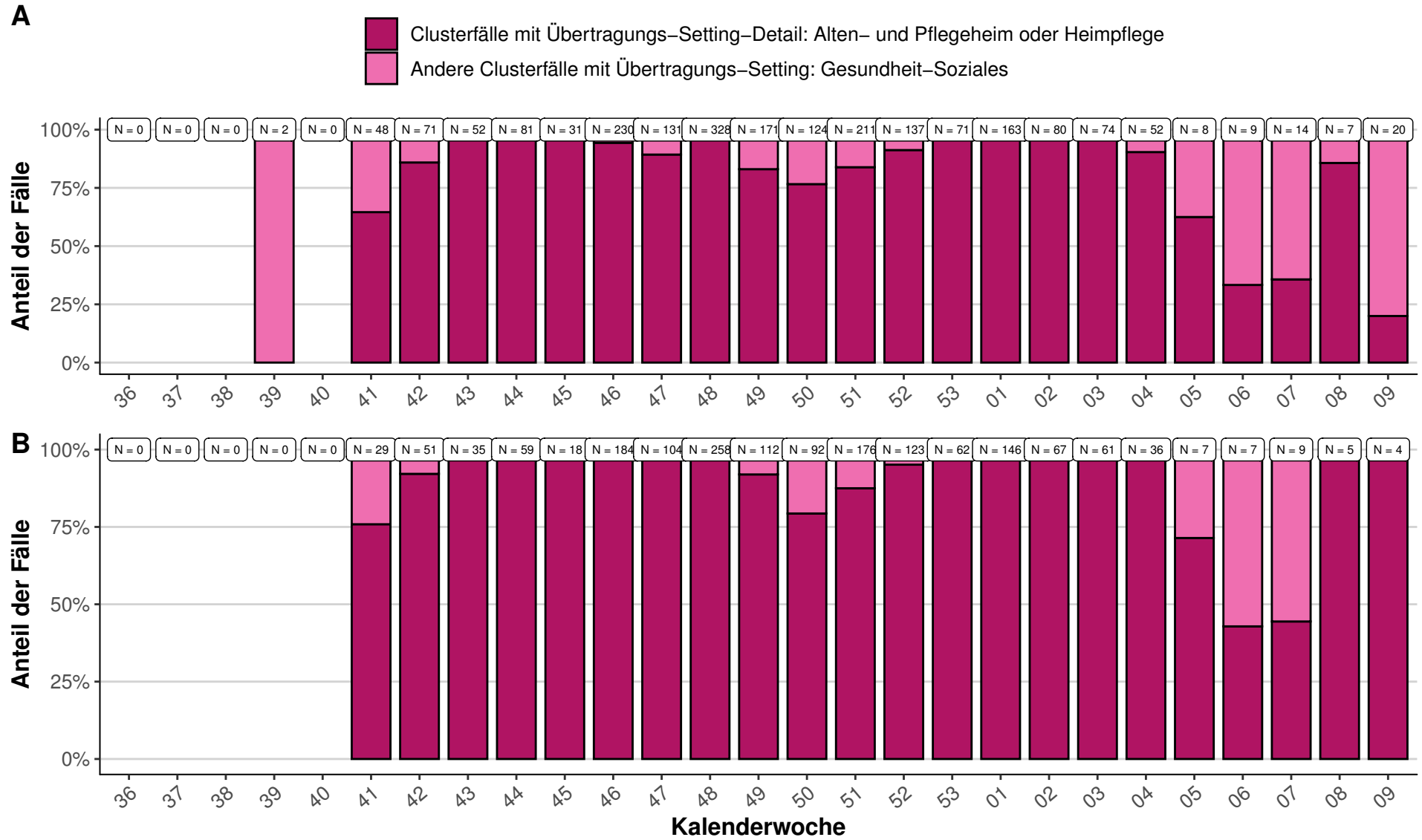


Abbildung 32: Kärnten, prozentuale Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36, 2020 - KW 09, 2021.

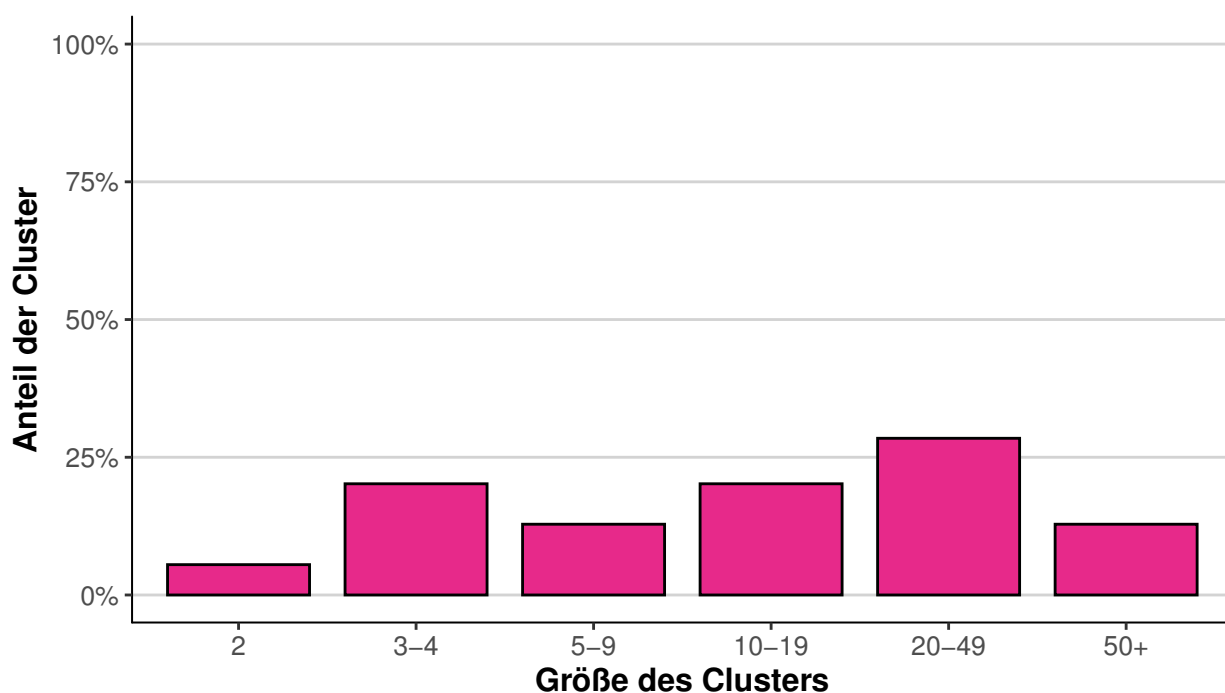
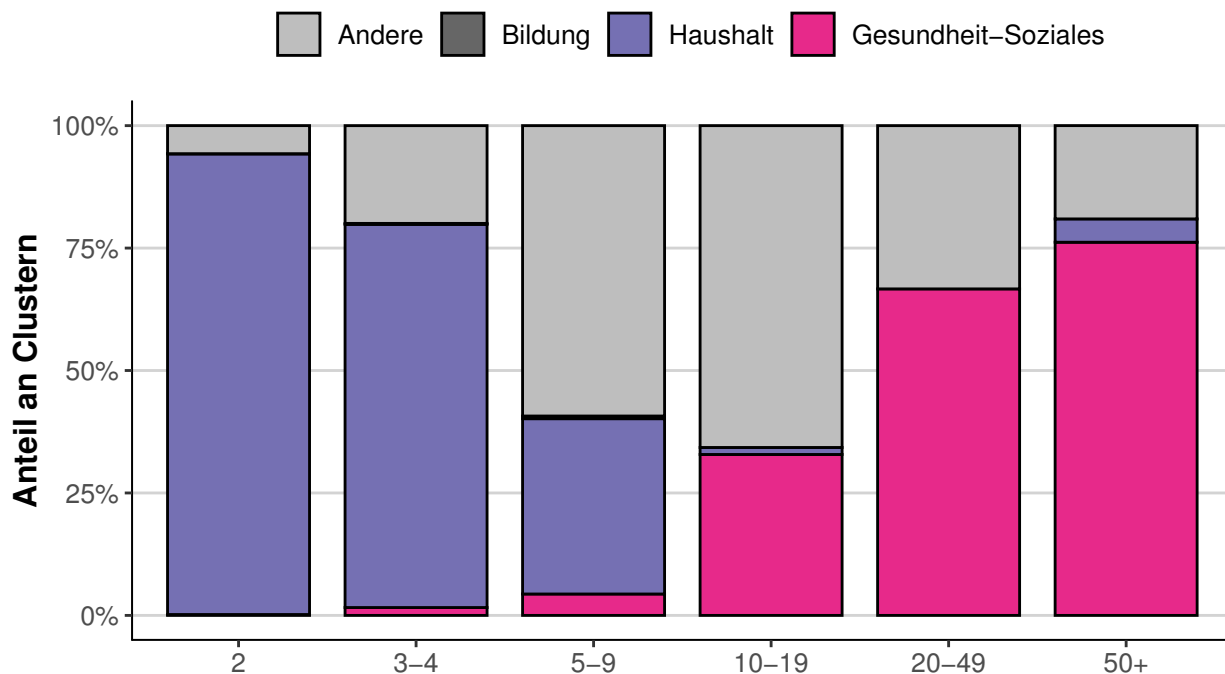
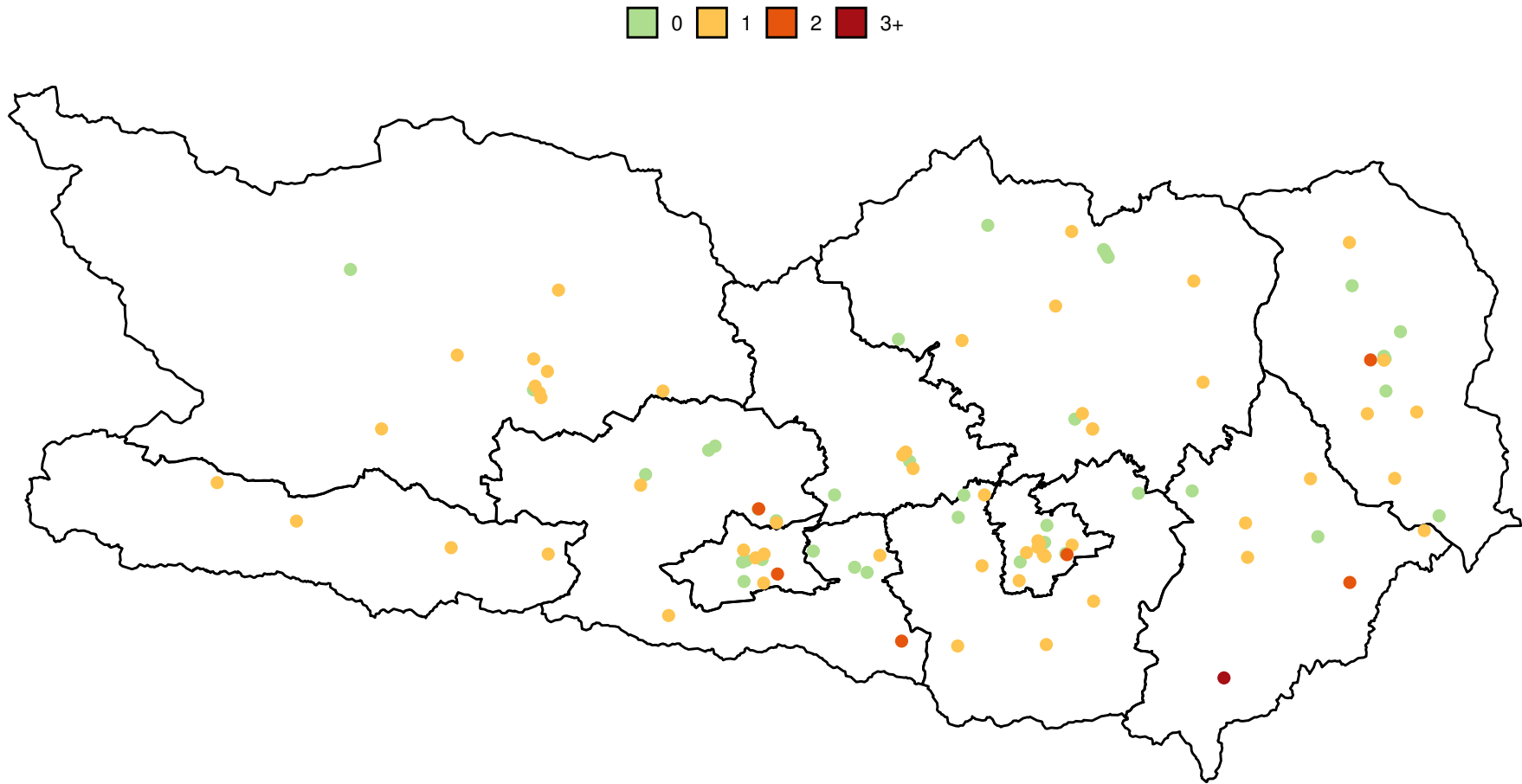


Abbildung 33: Kärnten, prozentuale Verteilung von Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales, von Haushalt-Clustern (singulär), von Bildungscluster (singulär) und Clustern, die keiner dieser Kriterien erfüllen innerhalb der Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle), KW 36, 2020 - KW 09, 2021 (KW 09, 2021 noch in Aufklärung bez. Cluster)



Geographische Verteilung

Abbildung 34: Kärnten, Geographische Verteilung der in Cluster involvierten Alten-, Pflegeheimen/Seniorenresidenzen, Farbgebung illustriert die Häufigkeit der Cluster-Involvierung, KW 36, 2020 - KW 09, 2021.



Niederösterreich

Abbildung 35: Niederösterreich, Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

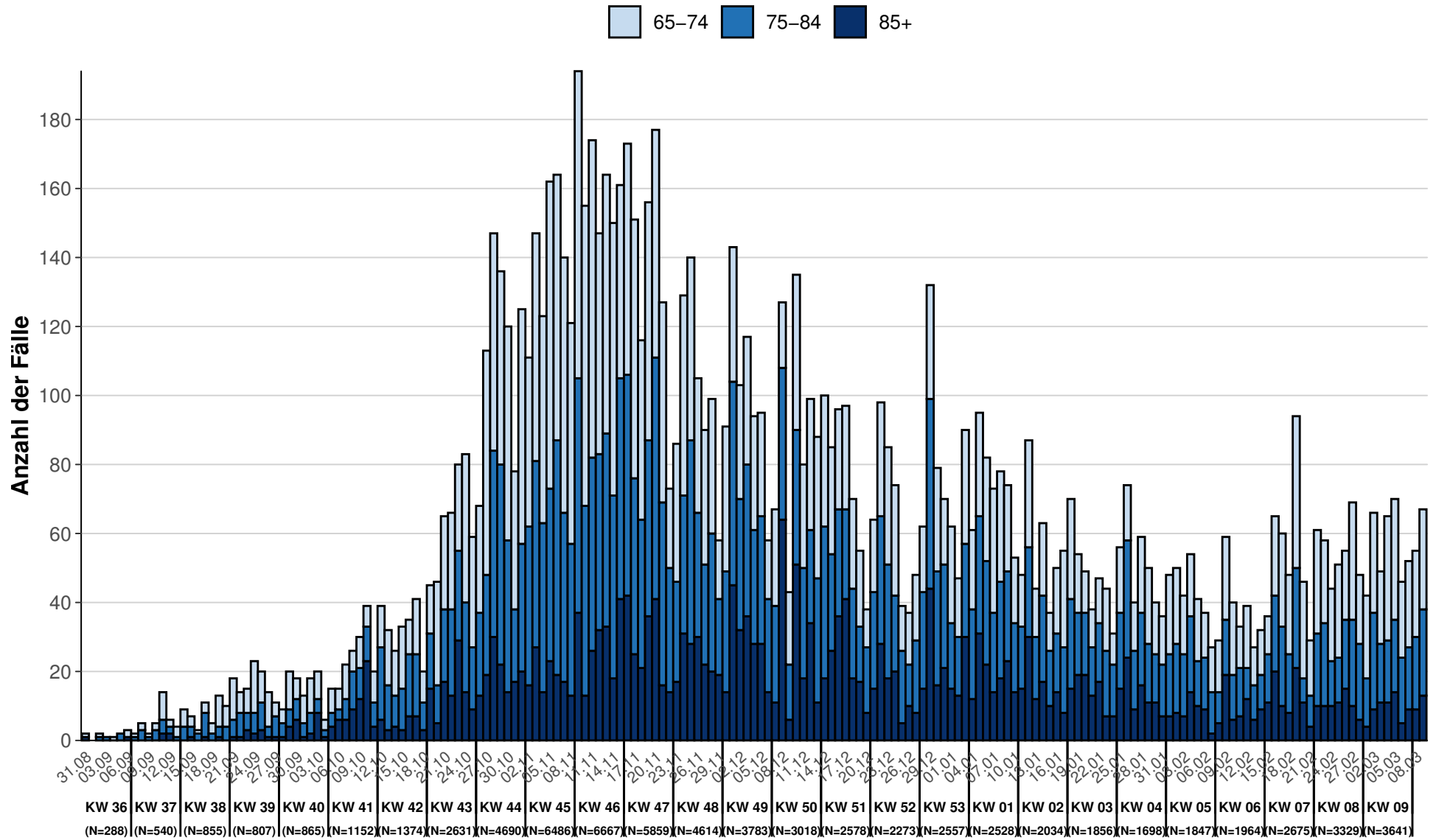


Tabelle 8: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 36, 2020 bis KW 49, 2020

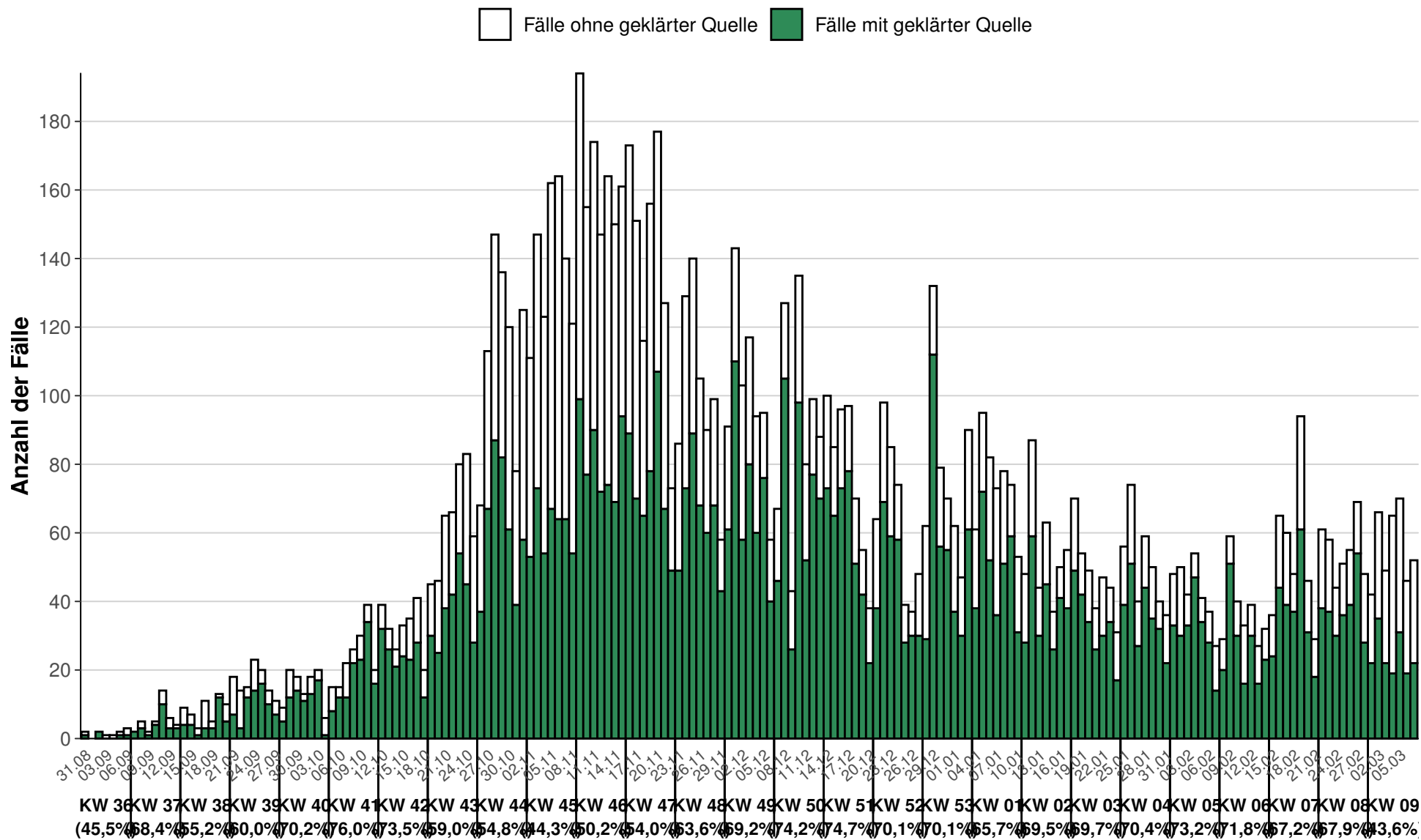
Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48	KW 49
<25	39,24%	32,59%	37,08%	27,26%	24,05%	28,39%	22,78%	22,31%	21,07%	20,40%	18,31%	19,78%	21,56%	20,38%
25-44	35,42%	35,93%	31,70%	29,12%	30,87%	25,69%	27,95%	27,40%	27,97%	29,14%	28,89%	29,60%	30,34%	28,34%
45-64	21,53%	24,44%	24,44%	29,37%	33,06%	31,42%	32,82%	33,41%	34,18%	35,54%	35,62%	34,02%	32,77%	32,75%
65+	3,82%	7,04%	6,78%	14,25%	12,02%	14,50%	16,45%	16,88%	16,78%	14,92%	17,17%	16,61%	15,32%	18,53%

Tabelle 9: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 50, 2020 bis KW 09, 2021

Altersgruppe	KW 50	KW 51	KW 52	KW 53	KW 01	KW 02	KW 03	KW 04	KW 05	KW 06	KW 07	KW 08	KW 09
<25	18,92%	21,96%	20,02%	18,46%	19,58%	19,96%	21,61%	18,61%	21,22%	24,75%	28,19%	29,59%	28,89%
25-44	28,76%	27,93%	29,65%	28,90%	27,89%	28,37%	28,66%	28,45%	29,24%	28,36%	27,33%	30,97%	31,47%
45-64	31,15%	29,13%	30,75%	31,44%	32,12%	32,79%	31,79%	32,04%	33,35%	33,71%	30,36%	27,85%	28,92%
65+	21,17%	20,99%	19,58%	21,20%	20,41%	18,88%	17,94%	20,91%	16,19%	13,19%	14,13%	11,60%	10,71%

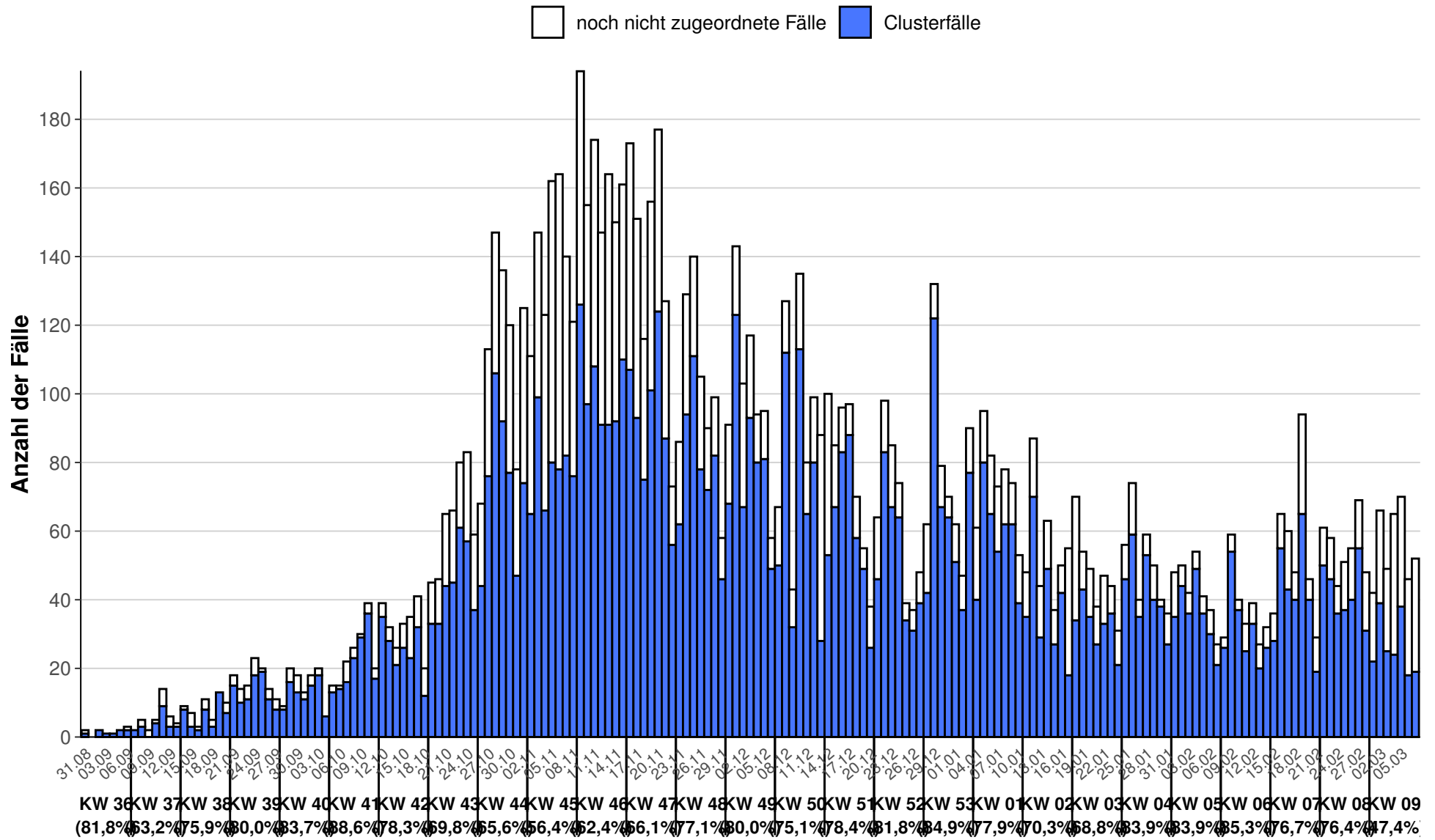
Geklärte Fälle

Abbildung 36: Niederösterreich, Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 37: Niederösterreich, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 38: Niederösterreich, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

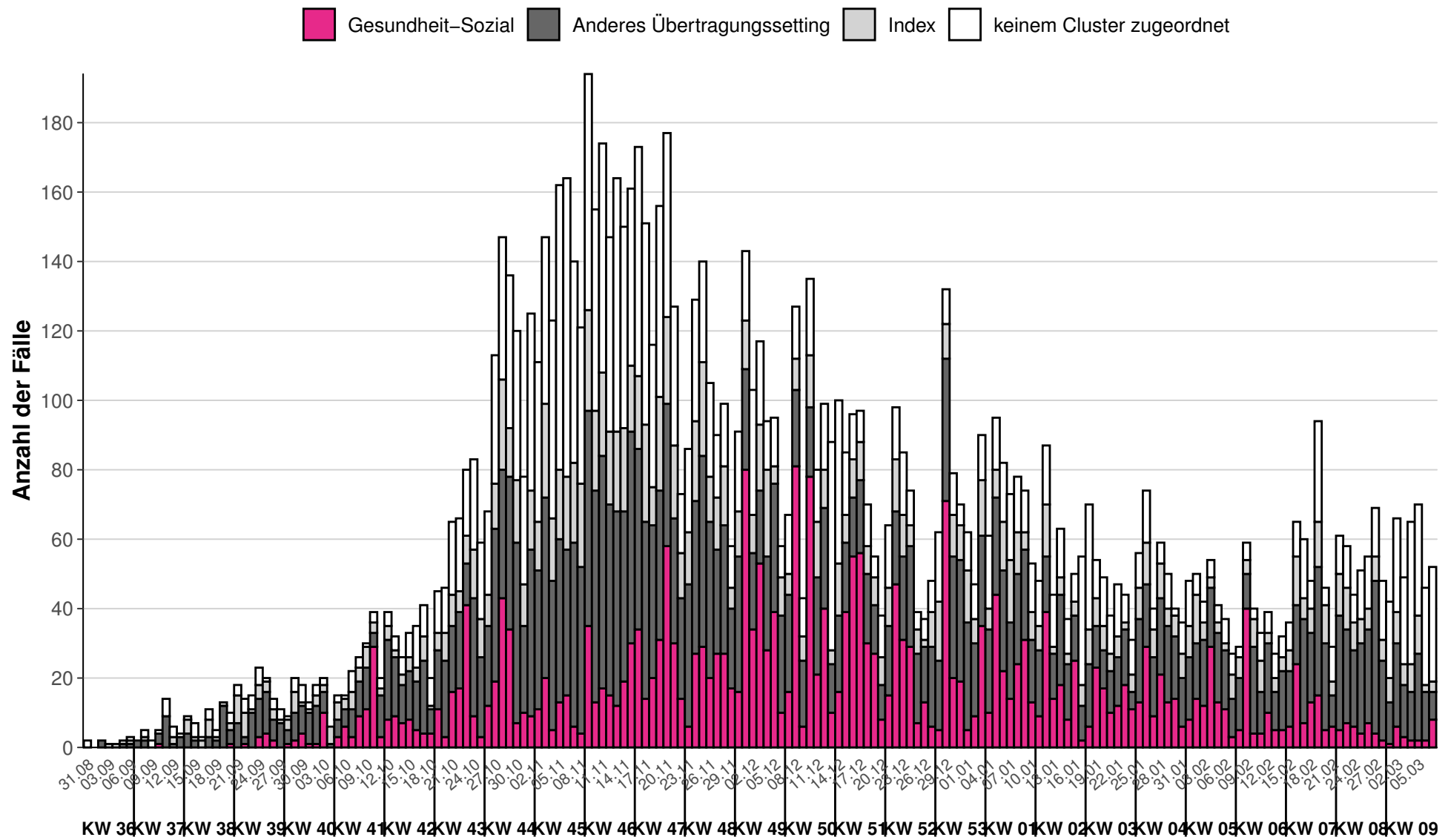


Abbildung 39: Niederösterreich, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

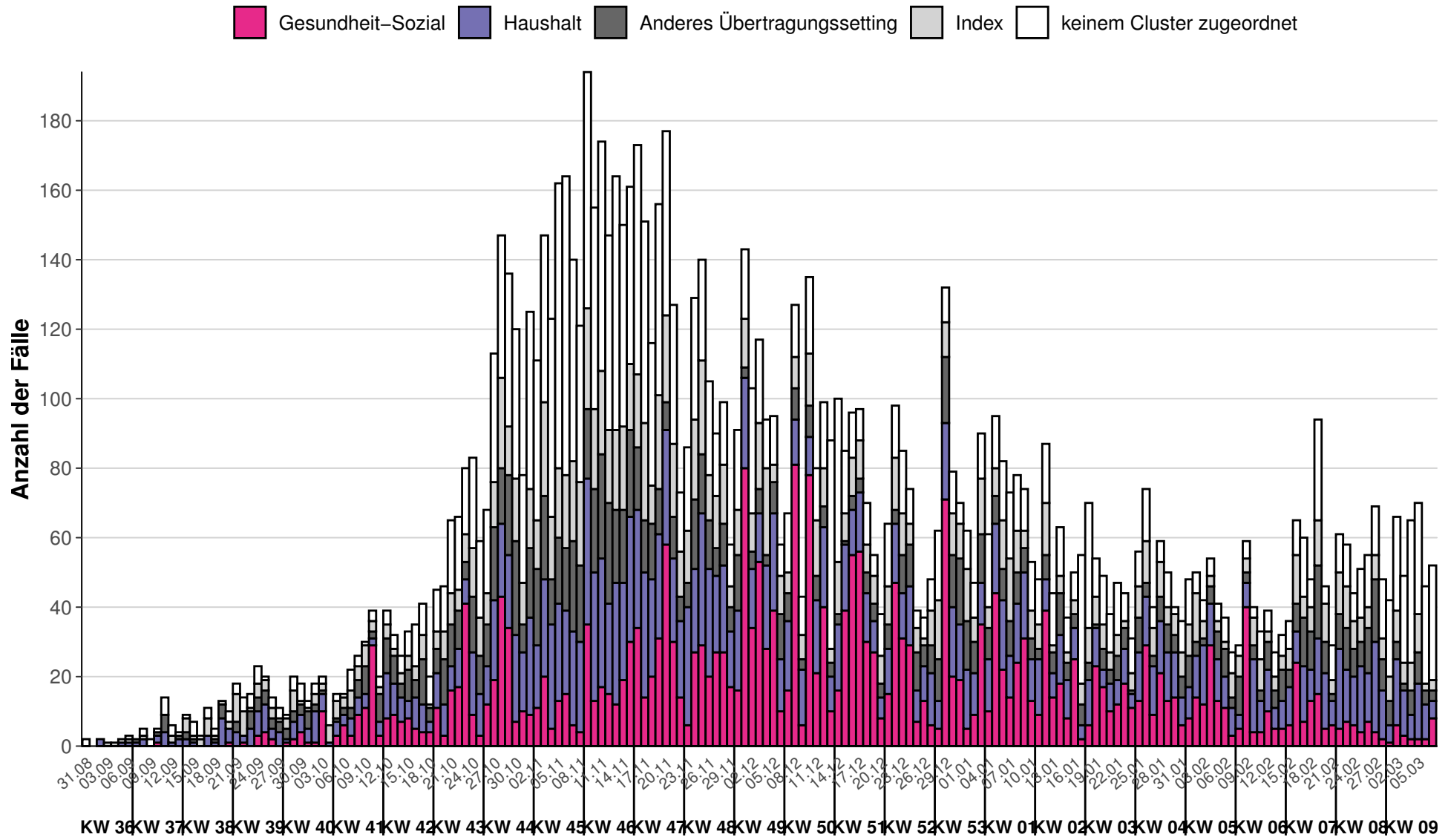


Abbildung 40: Niederösterreich, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

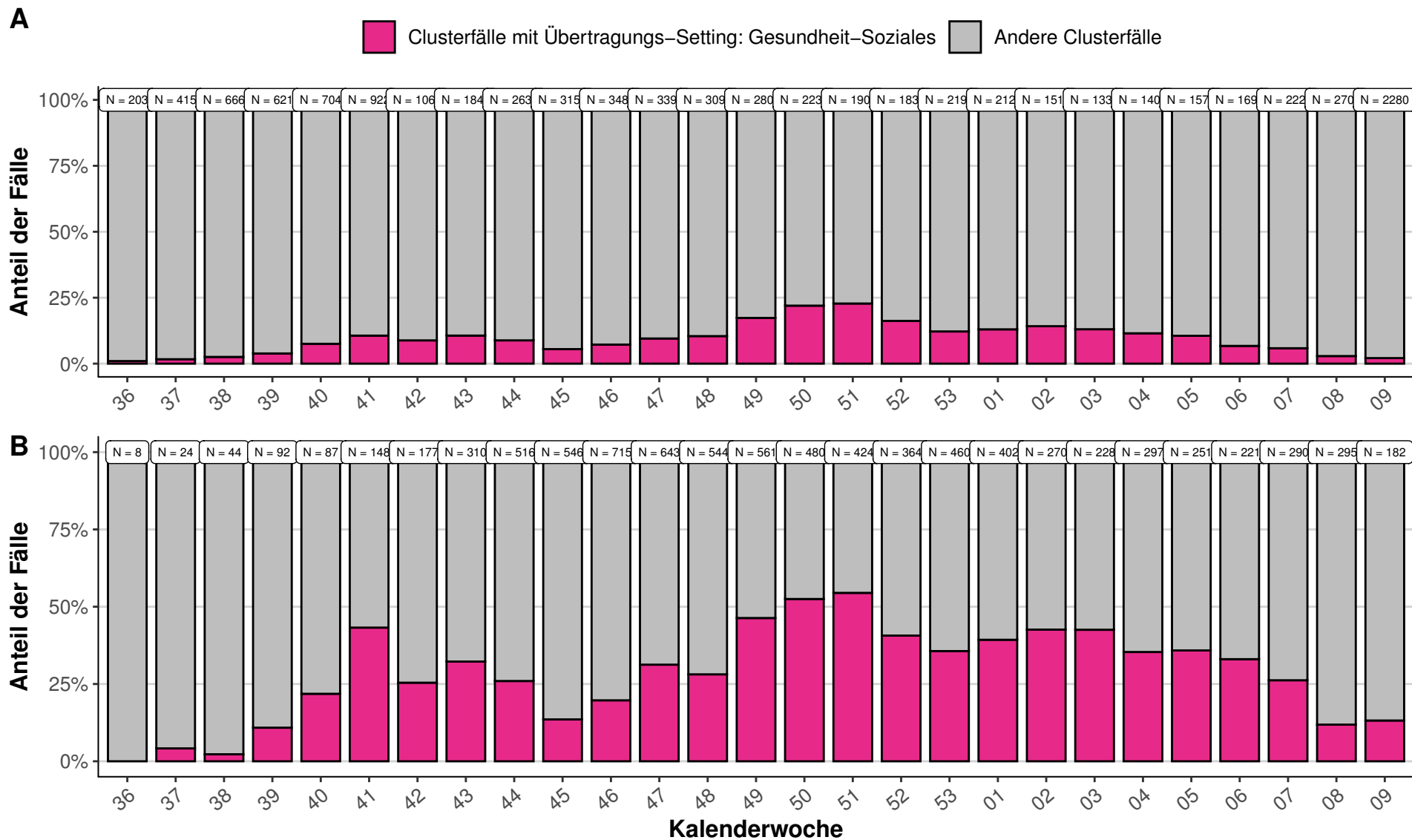


Abbildung 41: Niederösterreich, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen; KW KW 08, 2021 und KW KW 09, 2021 noch in Arbeit

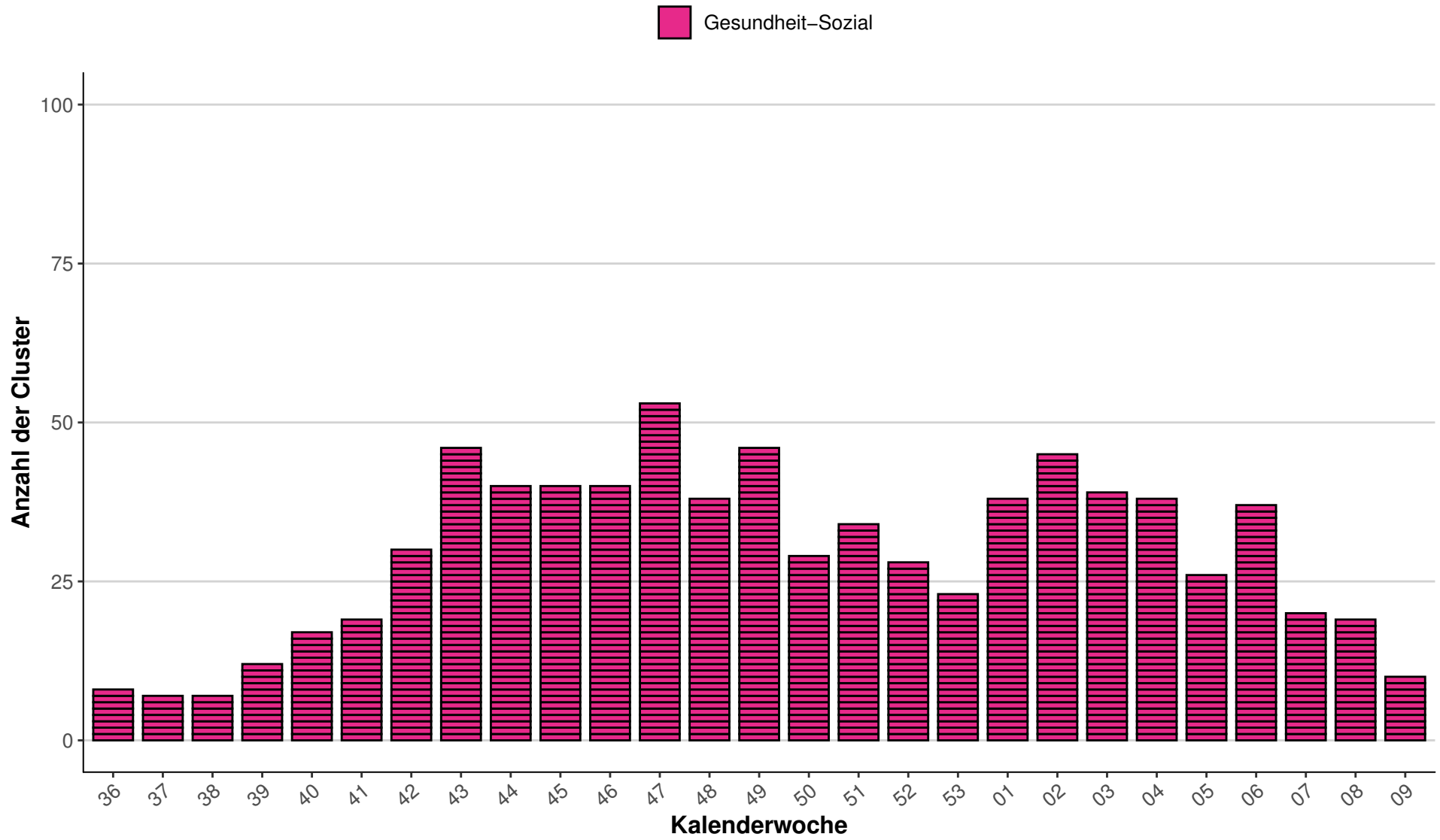
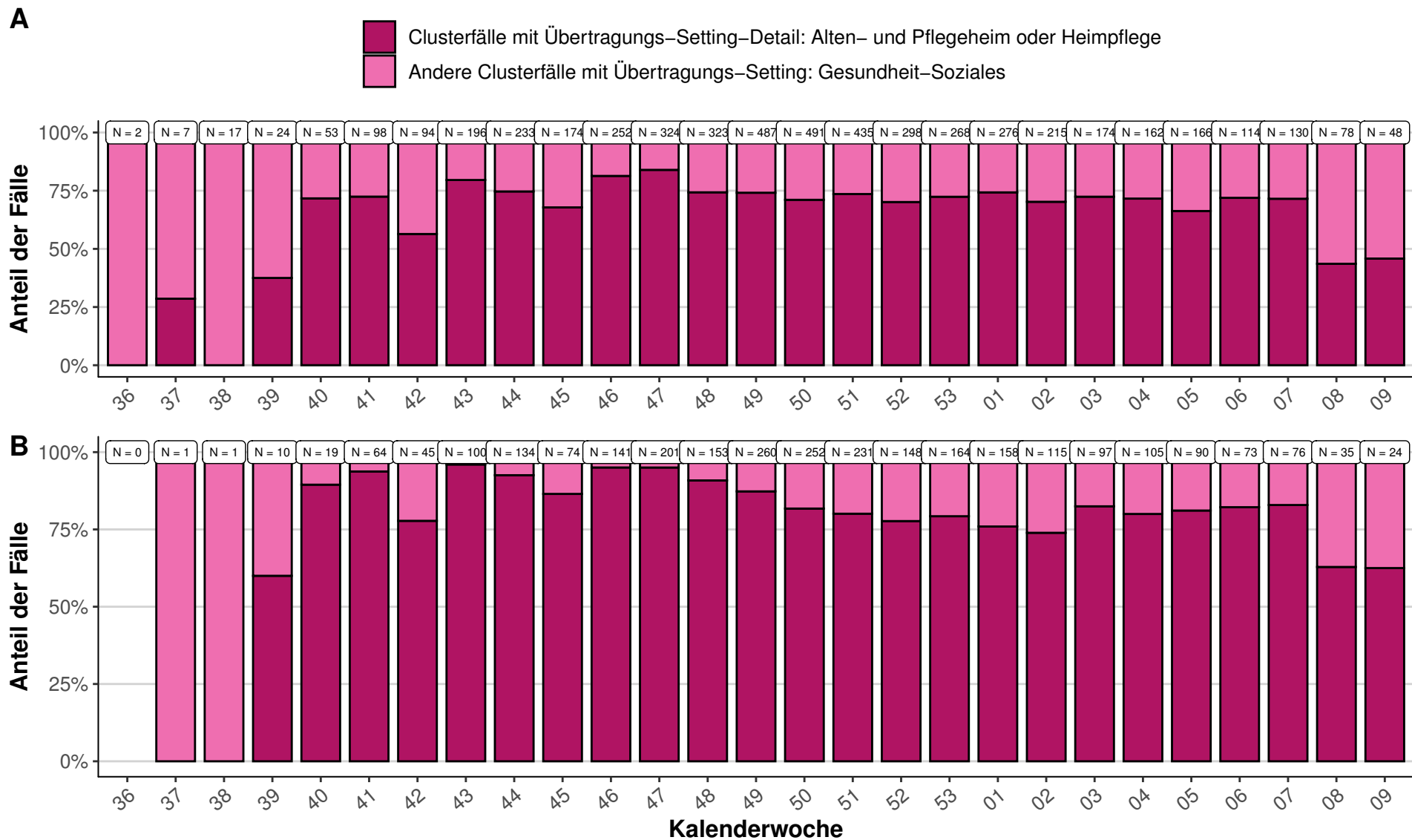


Abbildung 42: Niederösterreich, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.



45

10.03.2021

Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

NIEDERÖSTERREICH

Abbildung 43: Niederösterreich, prozentuale Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36, 2020 - KW 09, 2021.

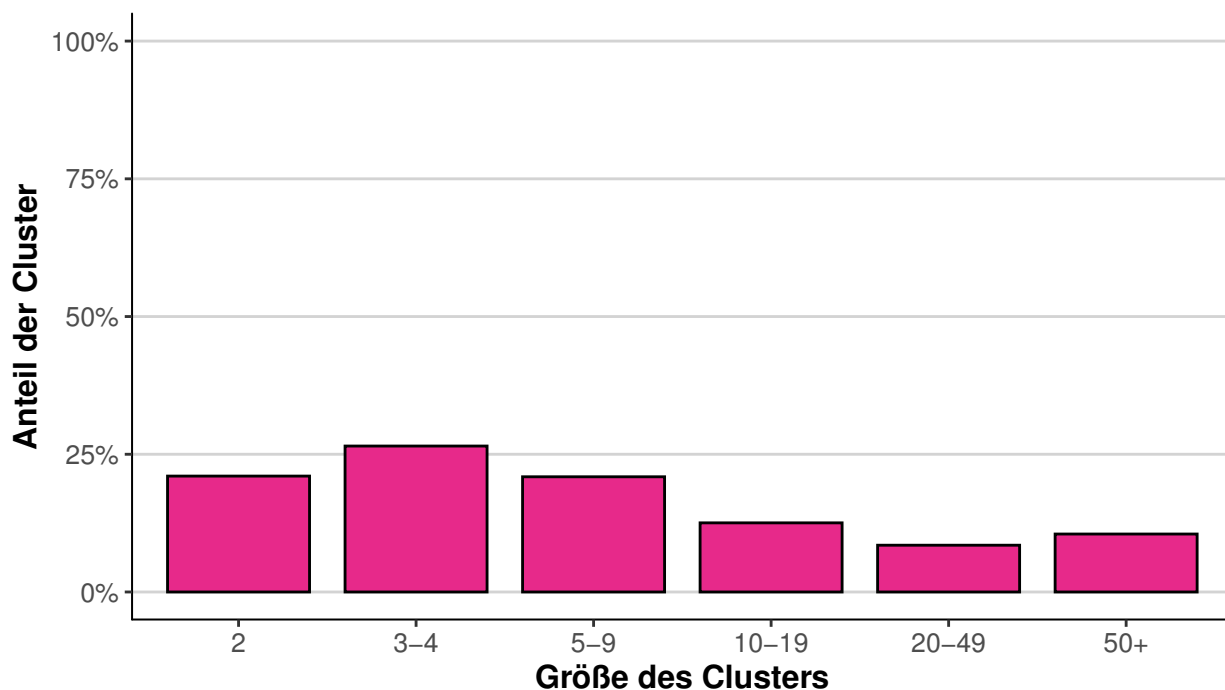
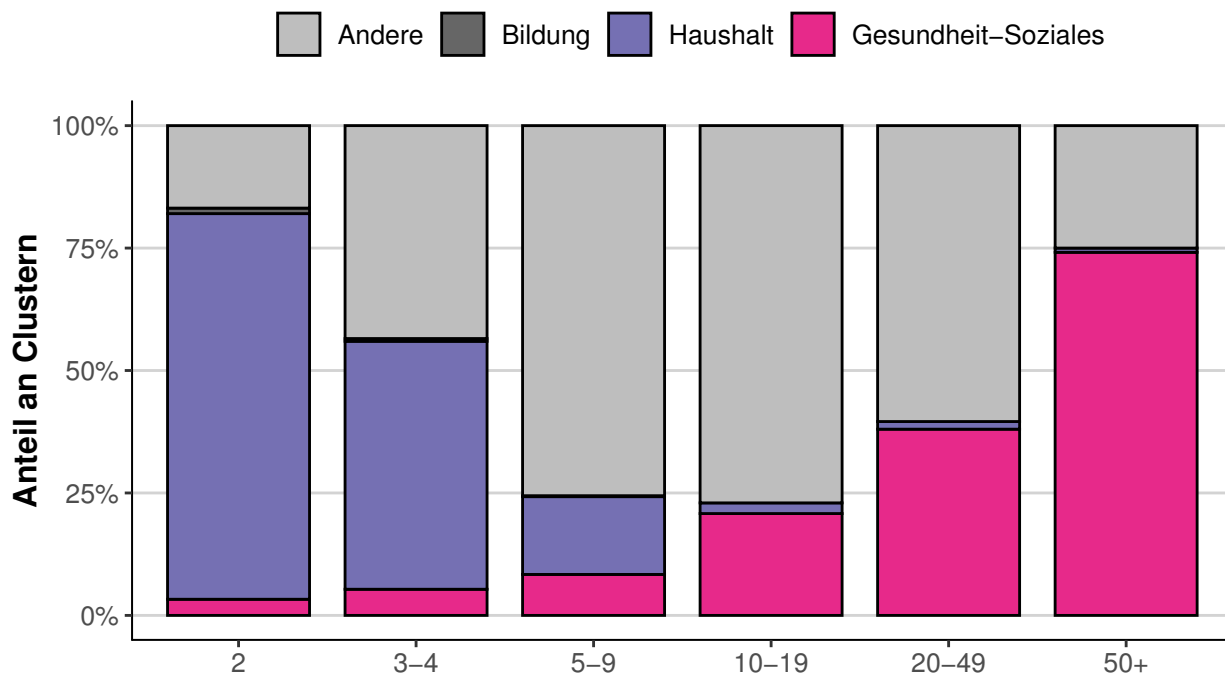
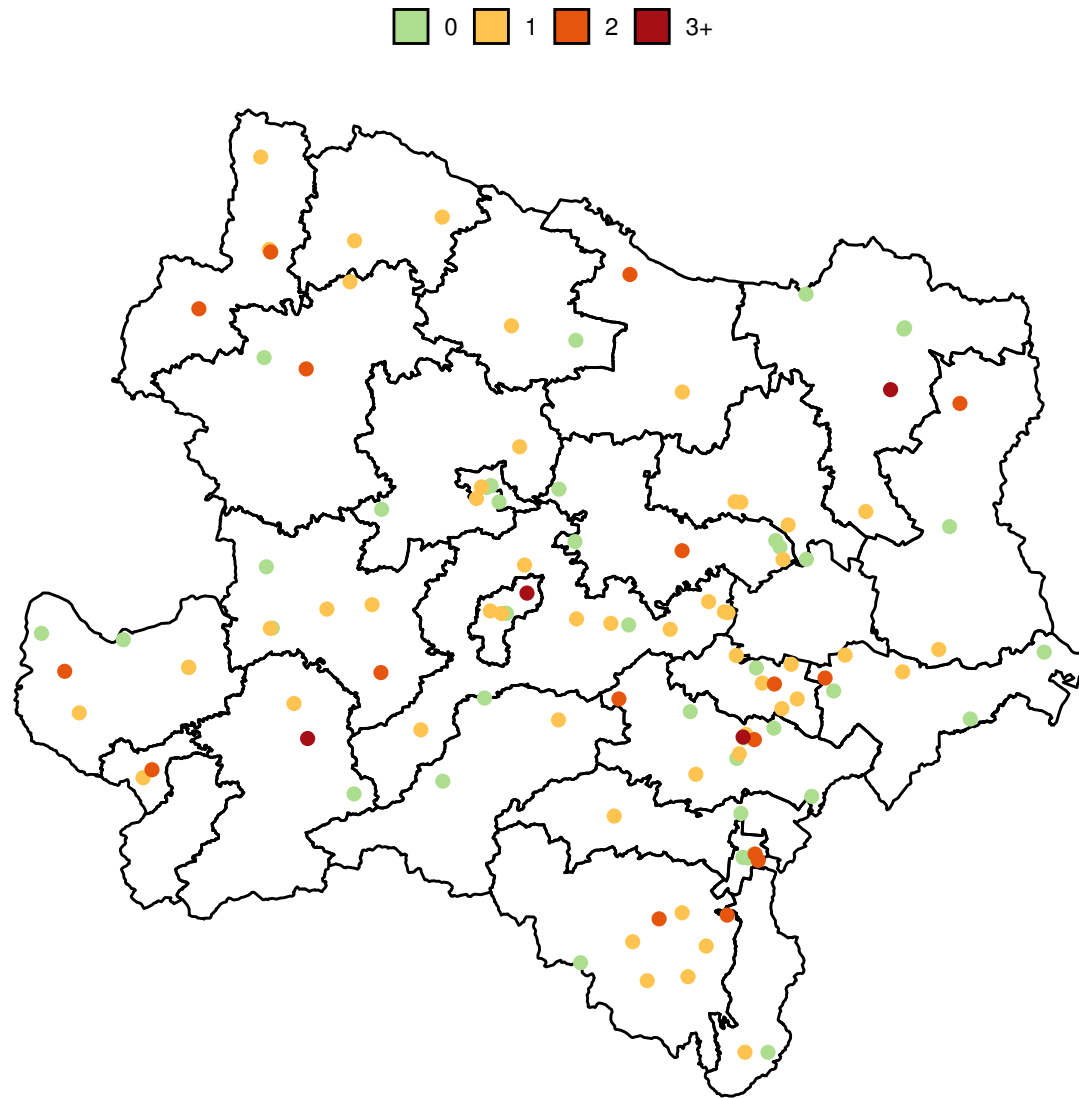


Abbildung 44: Niederösterreich, prozentuale Verteilung von Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales, von Haushalt-Clustern (singulär), von Bildungscluster (singulär) und Clustern, die keiner dieser Kriterien erfüllen innerhalb der Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle), KW 36, 2020 - KW 09, 2021 (KW 09, 2021 noch in Aufklärung bez. Cluster)



Geographische Verteilung

Abbildung 45: Niederösterreich, Geographische Verteilung der in Cluster involvierten Alten-, Pflegeheimen/Seniorenresidenzen, Farbgebung illustriert die Häufigkeit der Cluster-Involvierung, KW 36, 2020 - KW 09, 2021.



Oberösterreich

Abbildung 46: Oberösterreich, Fälle der ≥ 65 -Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

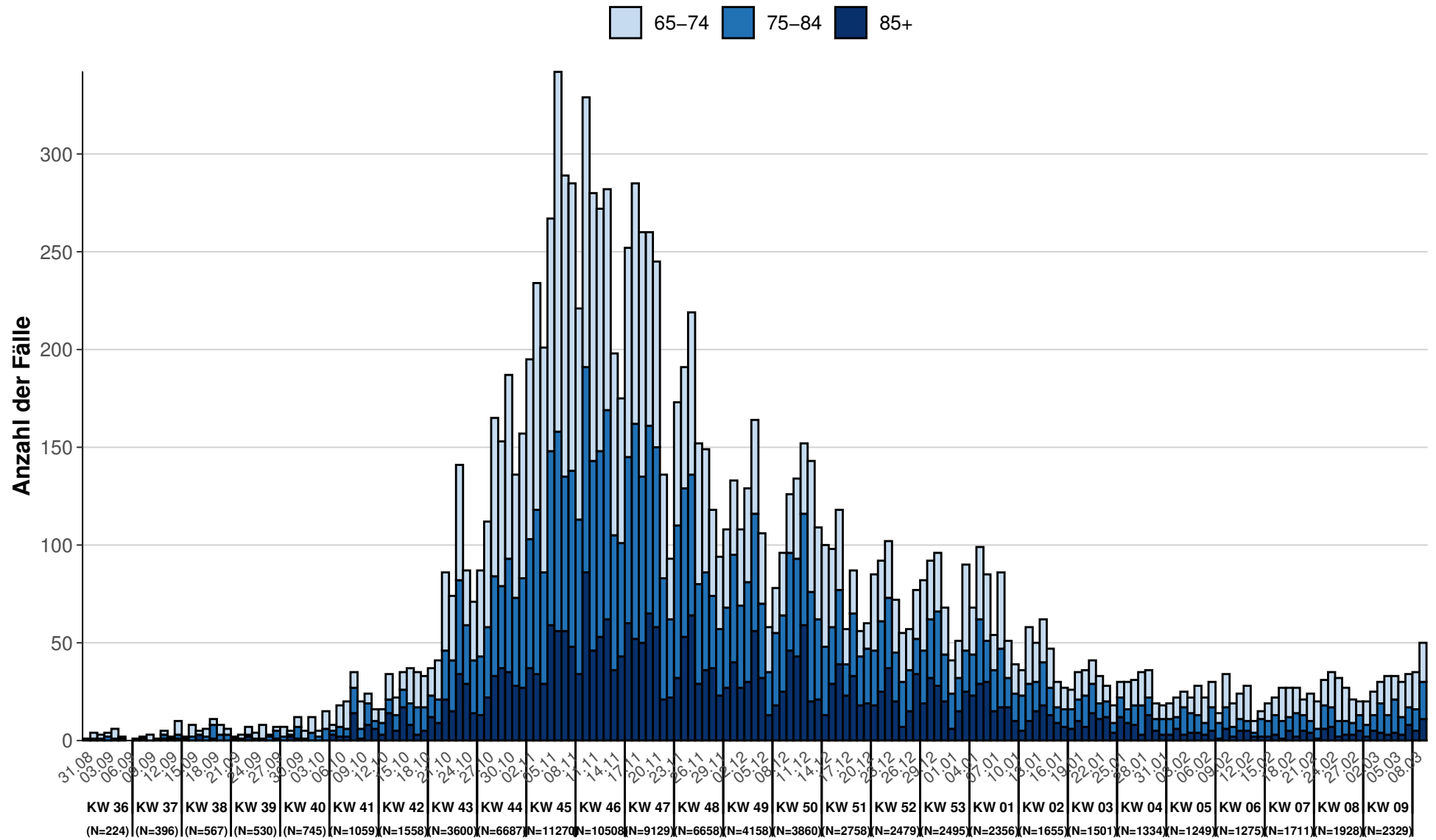


Tabelle 10: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 36, 2020 bis KW 49, 2020

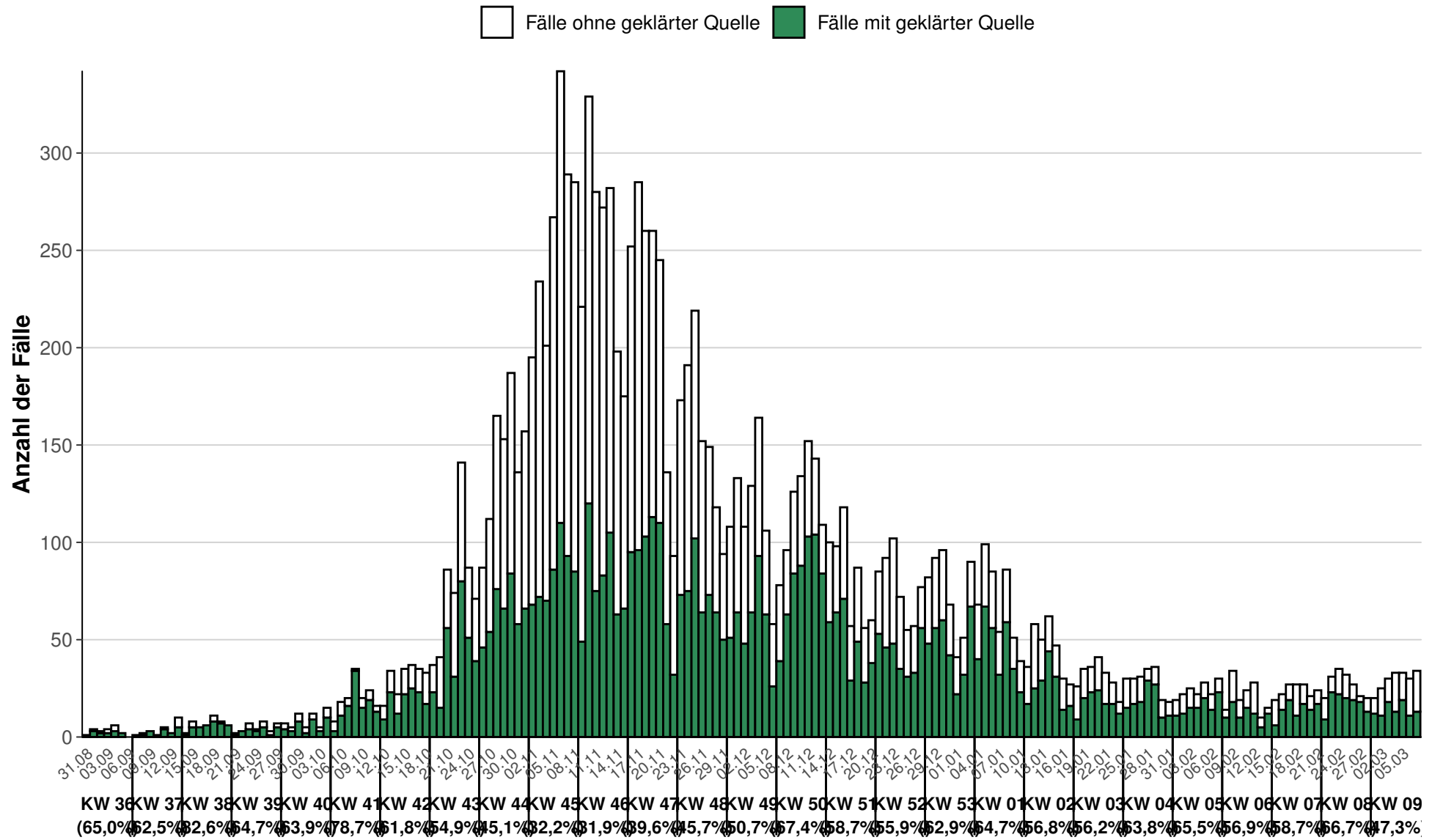
Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48	KW 49
<25	33,48%	32,32%	36,68%	31,70%	30,74%	26,91%	25,99%	23,97%	22,37%	17,15%	15,33%	14,50%	15,12%	14,69%
25-44	29,91%	36,11%	36,51%	33,58%	34,50%	31,26%	28,56%	29,69%	29,77%	31,92%	32,43%	32,88%	33,76%	31,65%
45-64	27,68%	25,51%	18,69%	28,30%	26,58%	28,52%	31,84%	31,42%	32,94%	34,84%	35,52%	35,84%	34,65%	34,27%
65+	8,93%	6,06%	8,11%	6,42%	8,19%	13,31%	13,61%	14,92%	14,91%	16,09%	16,72%	16,77%	16,46%	19,38%

Tabelle 11: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 50, 2020 bis KW 09, 2021

Altersgruppe	KW 50	KW 51	KW 52	KW 53	KW 01	KW 02	KW 03	KW 04	KW 05	KW 06	KW 07	KW 08	KW 09
<25	14,82%	16,28%	14,48%	15,99%	16,38%	17,64%	20,52%	20,24%	21,70%	23,76%	26,71%	28,11%	31,90%
25-44	28,96%	31,44%	30,54%	31,34%	28,35%	31,12%	29,85%	33,13%	33,23%	31,37%	35,18%	32,99%	30,36%
45-64	34,51%	31,40%	33,20%	31,82%	34,80%	32,51%	35,18%	31,71%	31,63%	33,57%	28,35%	29,25%	28,94%
65+	21,71%	20,88%	21,78%	20,84%	20,46%	18,73%	14,46%	14,92%	13,45%	11,29%	9,76%	9,65%	8,80%

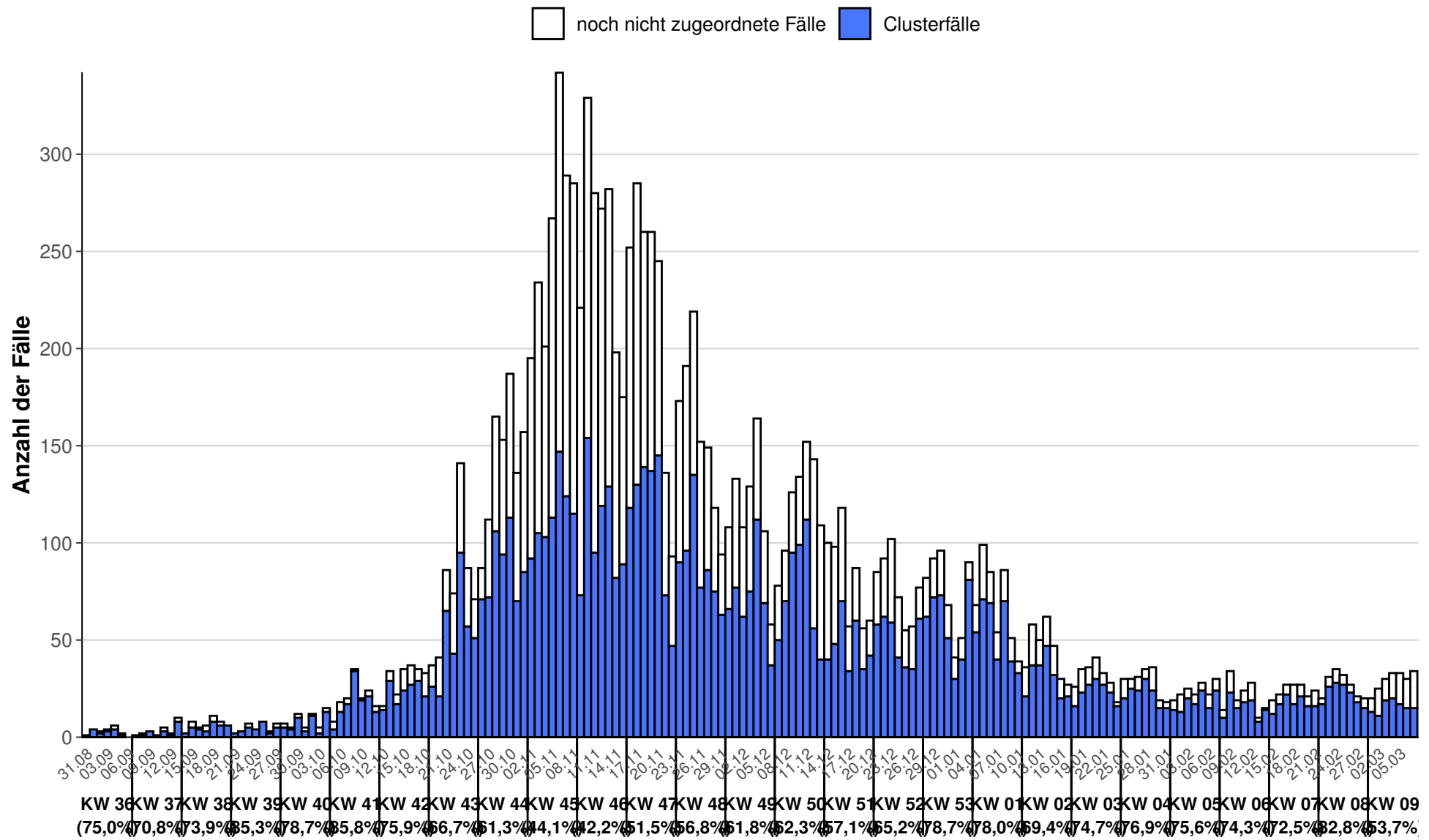
Geklärte Fälle

Abbildung 47: Oberösterreich, Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 48: Oberösterreich, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 49: Oberösterreich, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

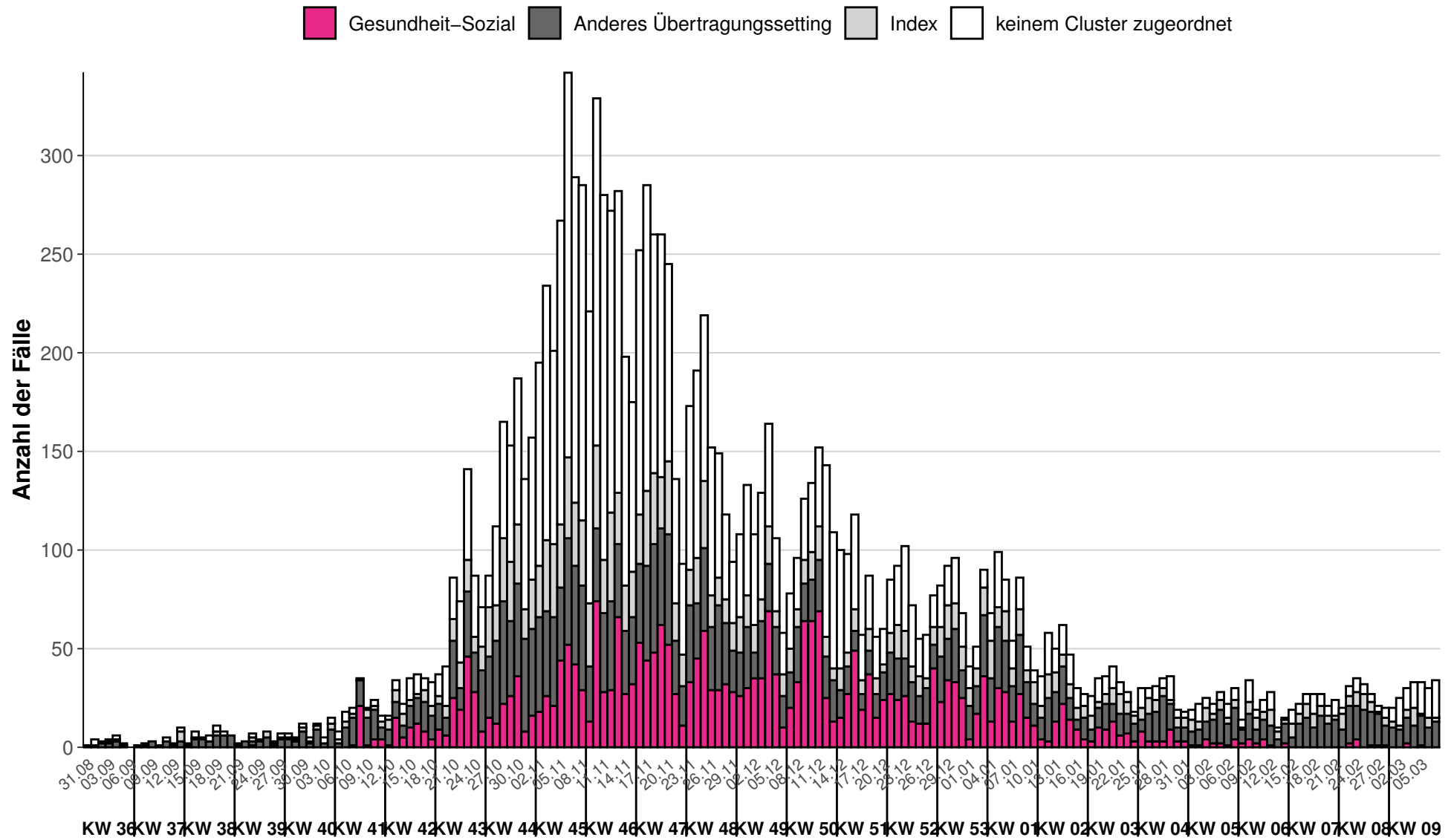


Abbildung 50: Oberösterreich, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

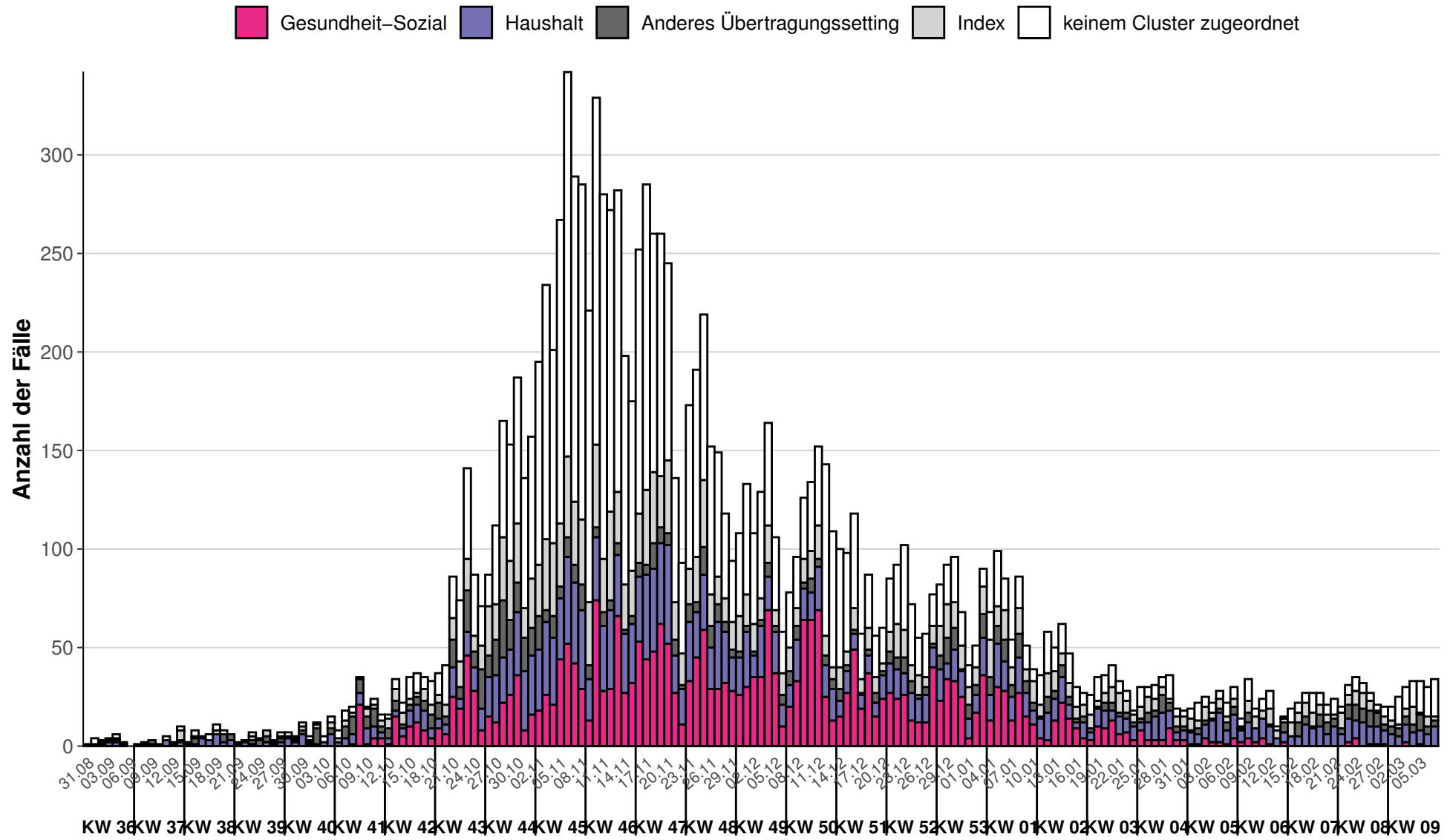


Abbildung 51: Oberösterreich, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

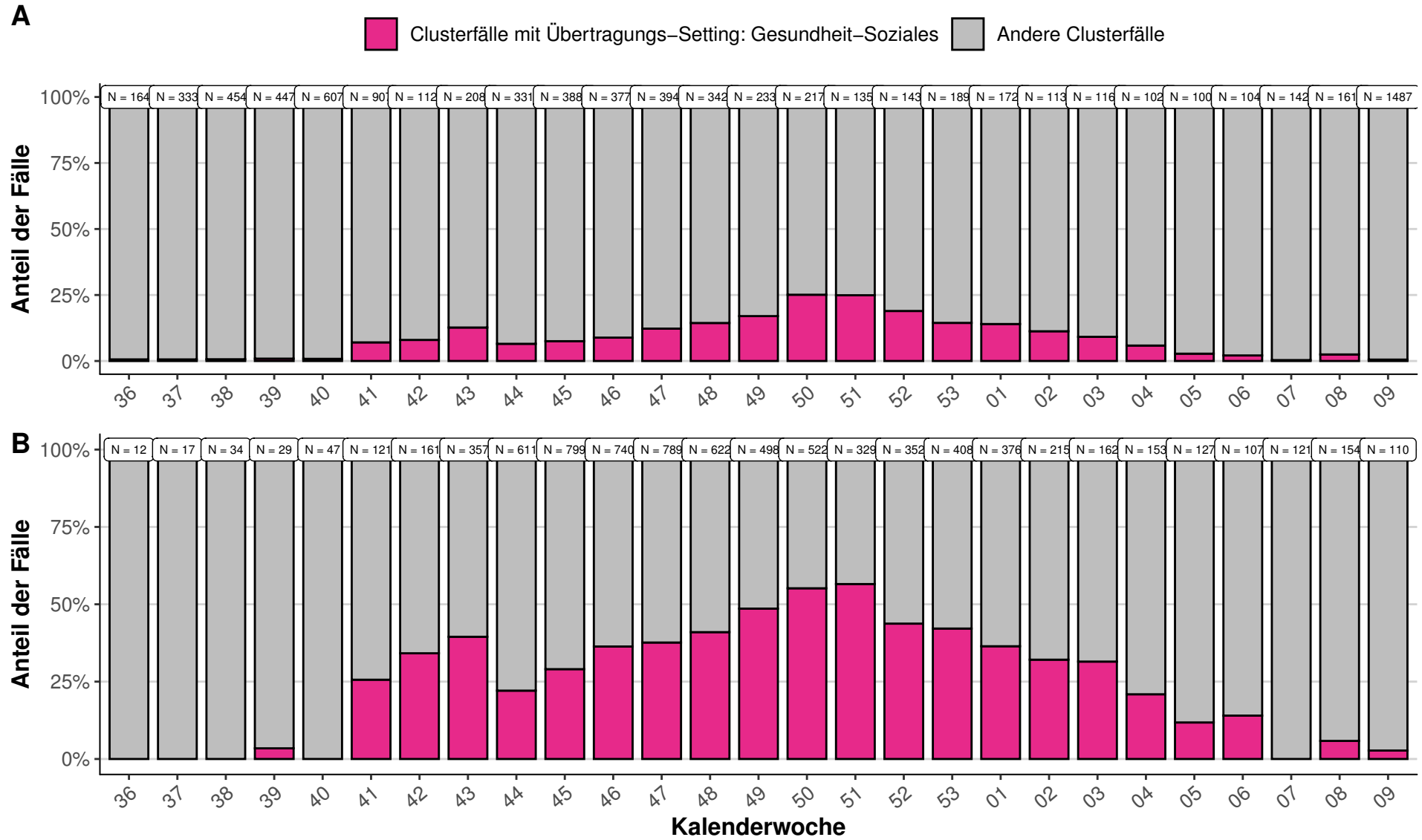


Abbildung 52: Oberösterreich, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen; KW KW 08, 2021 und KW KW 09, 2021 noch in Arbeit

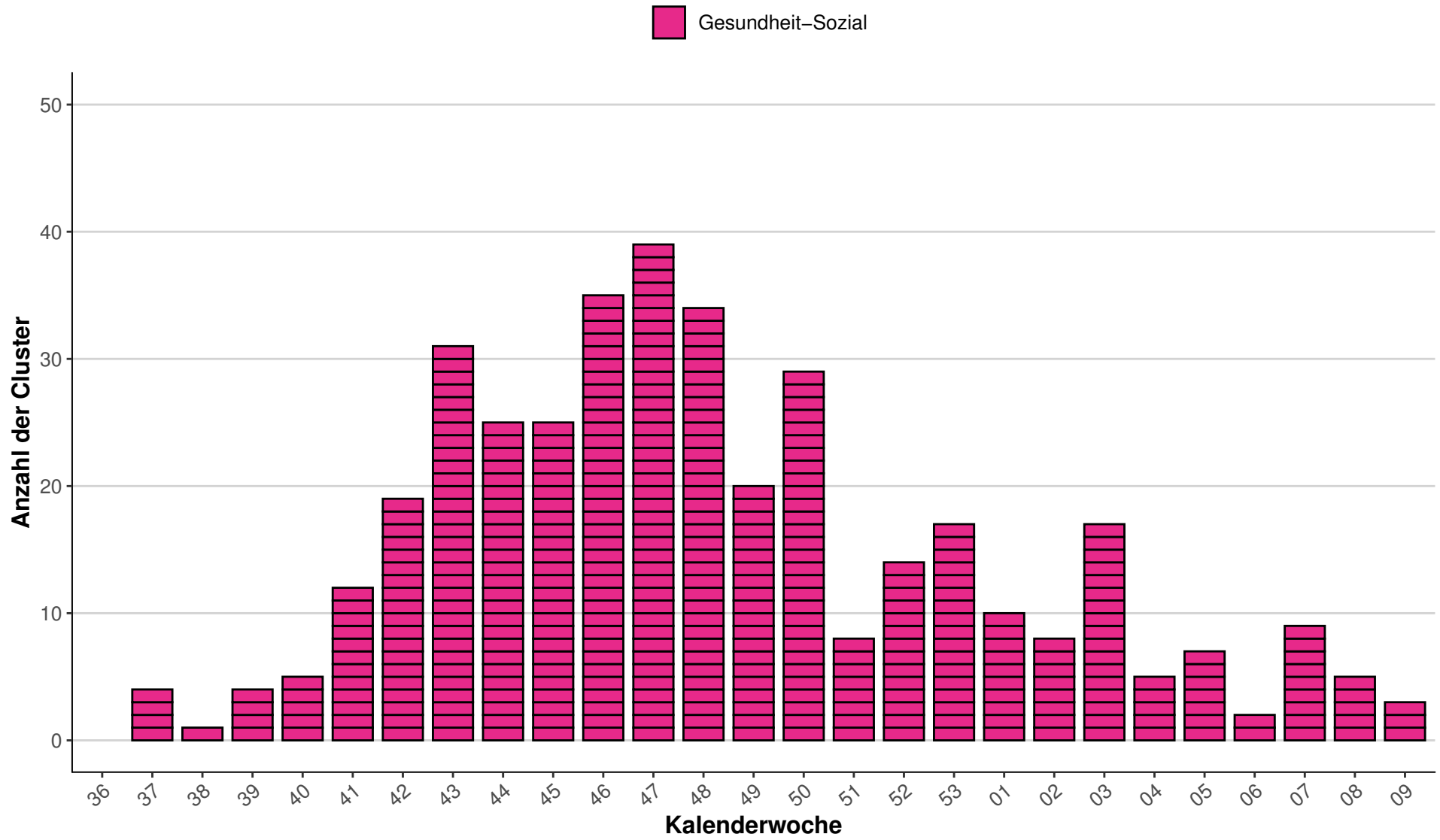


Abbildung 53: Oberösterreich, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

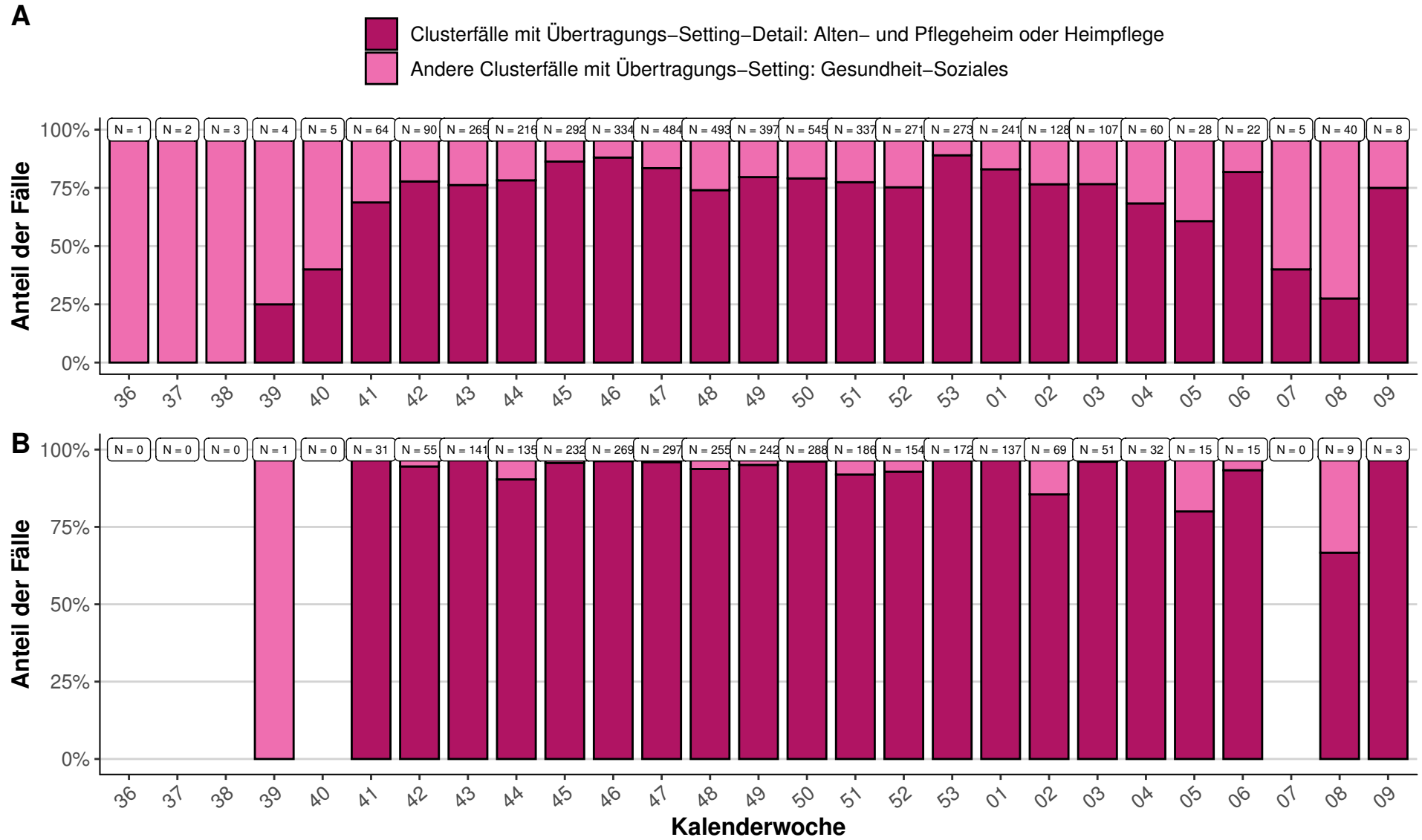


Abbildung 54: Oberösterreich, prozentuale Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36, 2020 - KW 09, 2021.

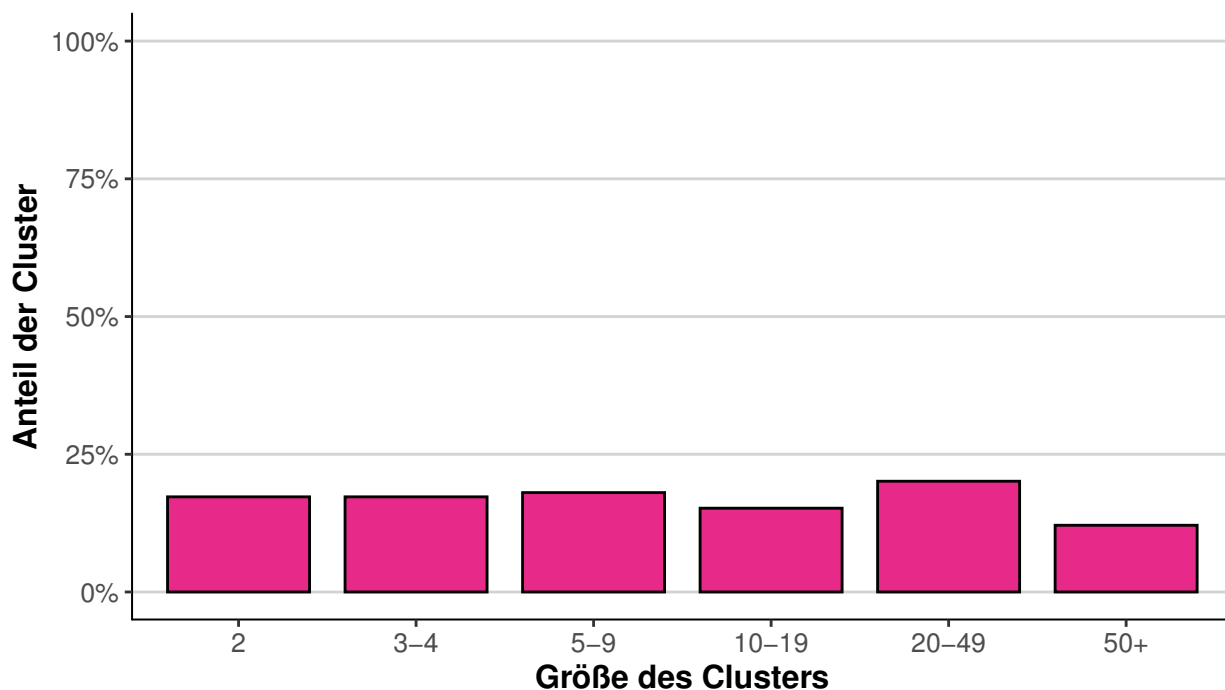
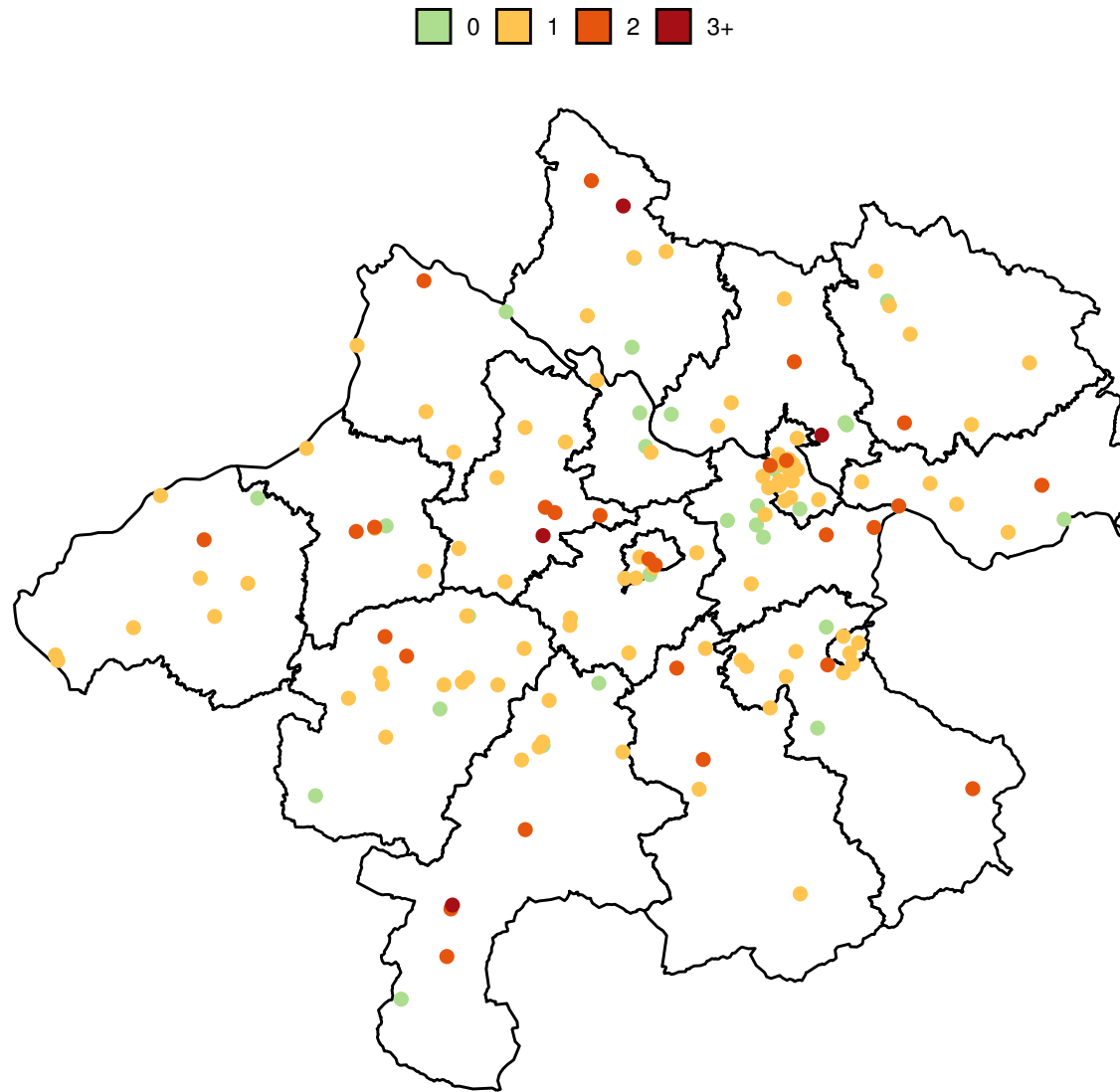


Abbildung 55: Oberösterreich, prozentuale Verteilung von Cluster mit mindesten einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales, von Haushalt-Clustern (singulär), von Bildungscluster (singulär) und Clustern, die keiner dieser Kriterien erfüllen innerhalb der Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle), KW 36, 2020 - KW 09, 2021 (KW 09, 2021 noch in Aufklärung bez. Cluster)



Geographische Verteilung

Abbildung 56: Oberösterreich, Geographische Verteilung der in Cluster involvierten Alten-, Pflegeheimen/Seniorenresidenzen, Farbgebung illustriert die Häufigkeit der Cluster-Involvierung, KW 36, 2020 - KW 09, 2021.



Salzburg

Abbildung 57: Salzburg, Fälle der ≥ 65 -Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

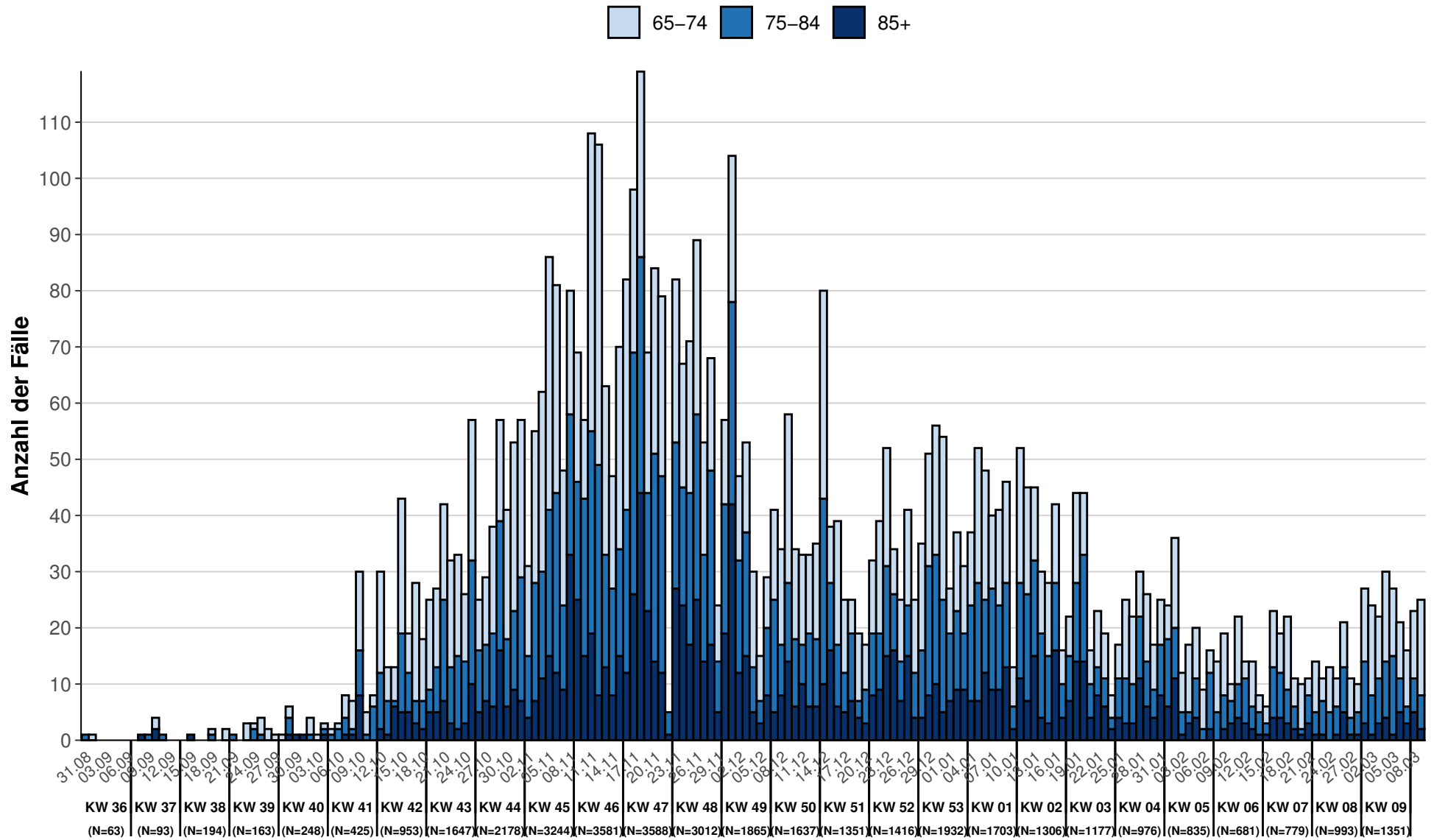


Tabelle 12: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 36, 2020 bis KW 49, 2020

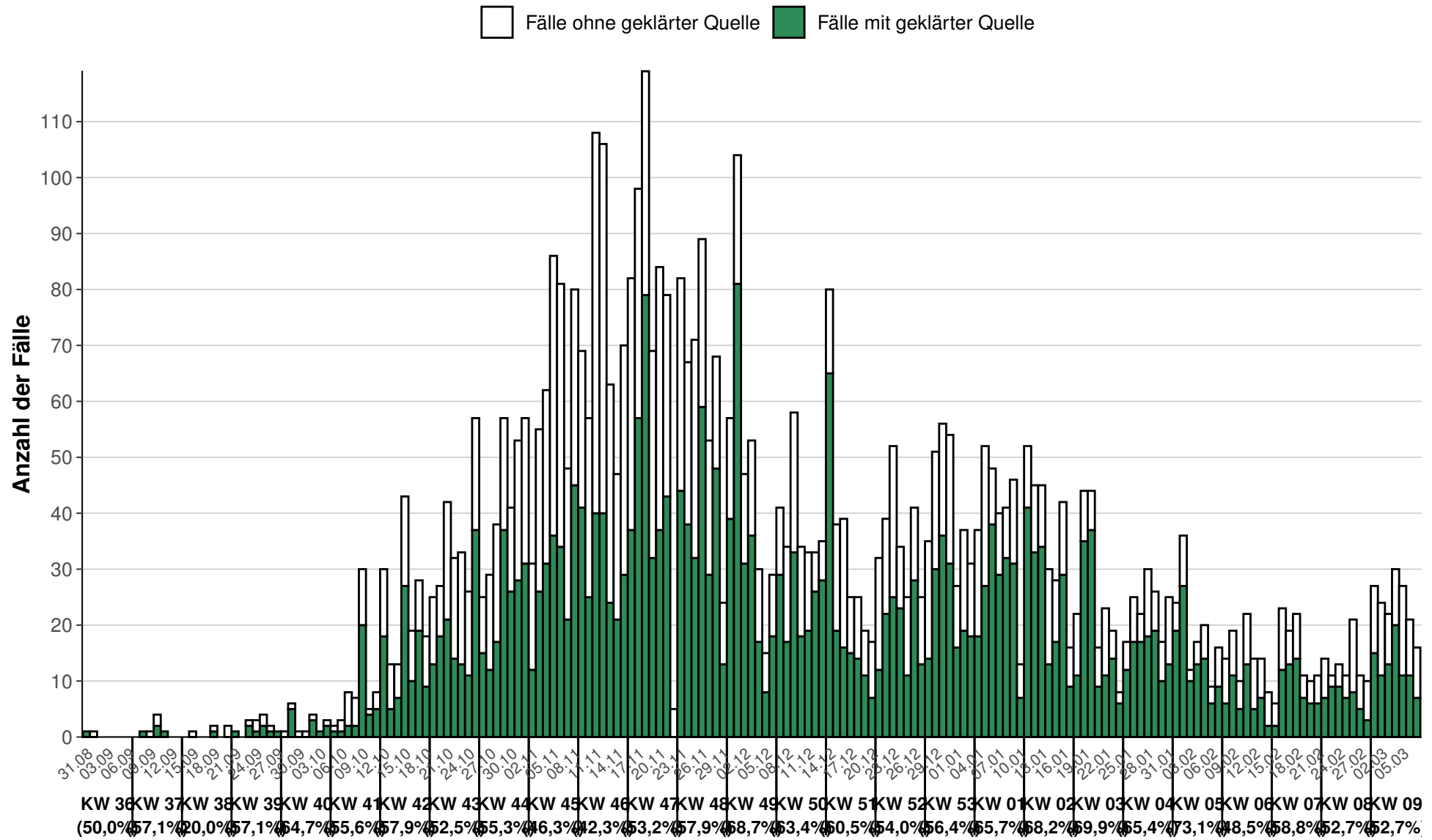
Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48	KW 49
<25	44,44%	29,03%	40,21%	30,67%	31,05%	27,76%	22,04%	23,25%	24,29%	20,59%	22,90%	24,28%	23,17%	19,20%
25-44	34,92%	35,48%	33,51%	25,77%	33,06%	28,24%	28,54%	31,63%	29,57%	31,47%	30,10%	29,15%	30,64%	29,60%
45-64	17,46%	27,96%	23,71%	34,97%	29,03%	29,18%	32,21%	30,42%	32,37%	34,28%	32,48%	31,63%	31,11%	33,24%
65+	3,17%	7,53%	2,58%	8,59%	6,85%	14,82%	17,21%	14,69%	13,77%	13,66%	14,52%	14,94%	15,07%	17,96%

Tabelle 13: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 50, 2020 bis KW 09, 2021

Altersgruppe	KW 50	KW 51	KW 52	KW 53	KW 01	KW 02	KW 03	KW 04	KW 05	KW 06	KW 07	KW 08	KW 09
<25	21,99%	20,95%	19,14%	21,12%	25,07%	19,68%	26,25%	26,33%	22,75%	26,14%	26,44%	30,01%	29,39%
25-44	28,22%	30,05%	30,23%	32,45%	28,13%	26,80%	27,19%	27,46%	30,78%	32,60%	30,81%	30,31%	29,39%
45-64	33,41%	31,01%	33,12%	31,37%	30,53%	33,77%	31,61%	29,61%	30,42%	26,43%	29,65%	30,51%	28,87%
65+	16,37%	17,99%	17,51%	15,06%	16,27%	19,75%	14,95%	16,60%	16,05%	14,83%	13,09%	9,16%	12,36%

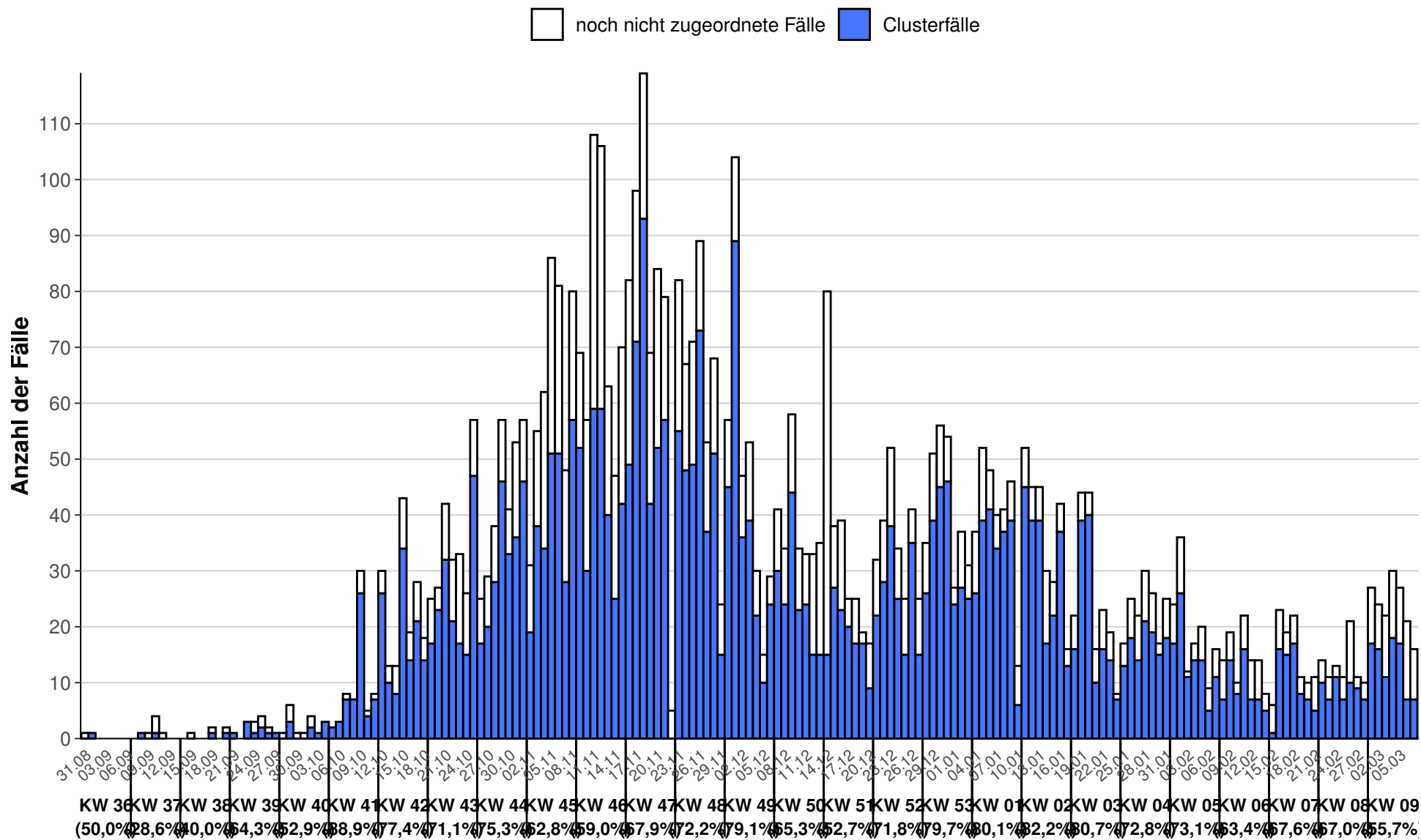
Geklärtc Fälle

Abbildung 58: Salzburg, Fälle mit geklärcr Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 59: Salzburg, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 60: Salzburg, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

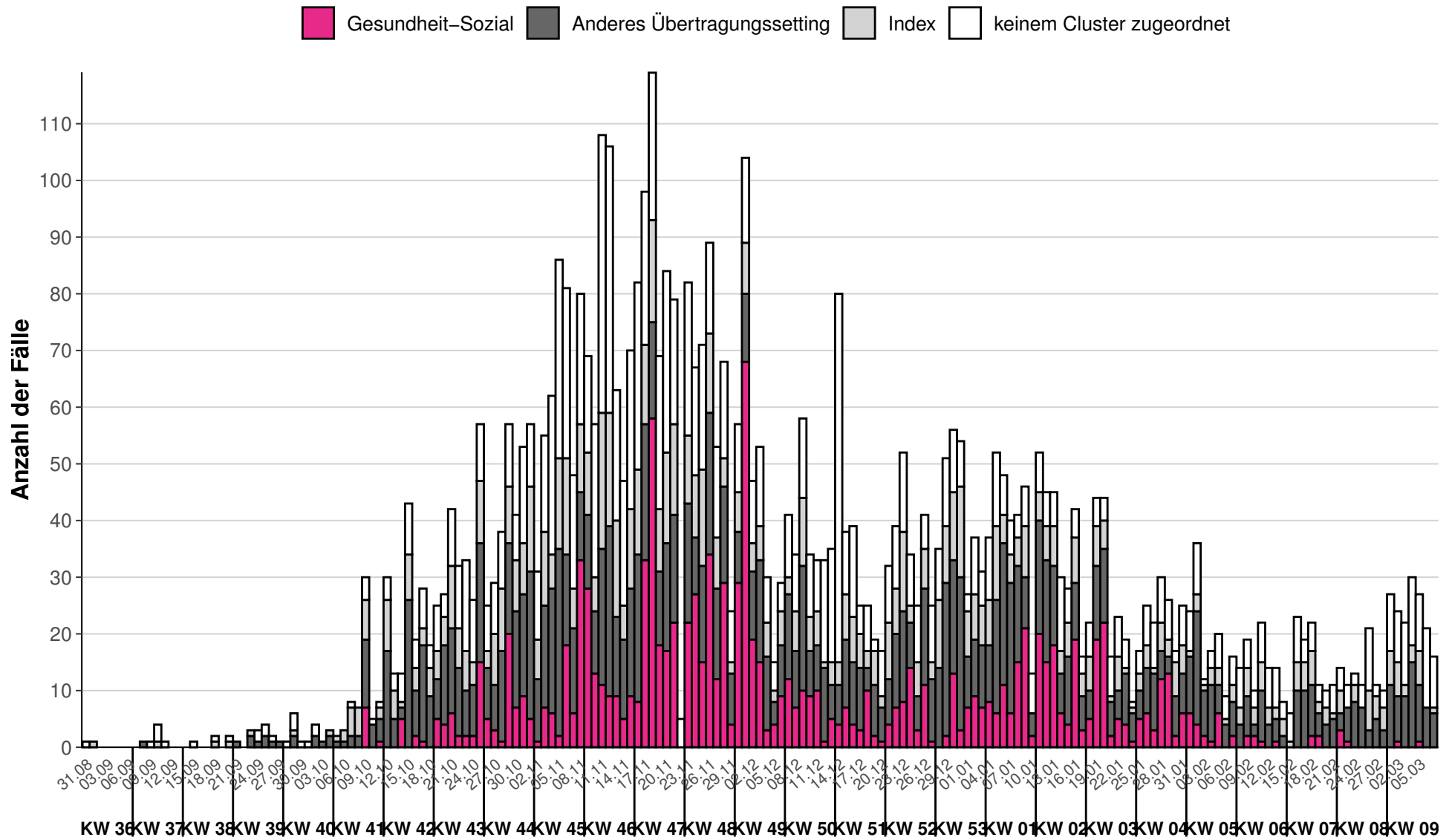


Abbildung 61: Salzburg, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

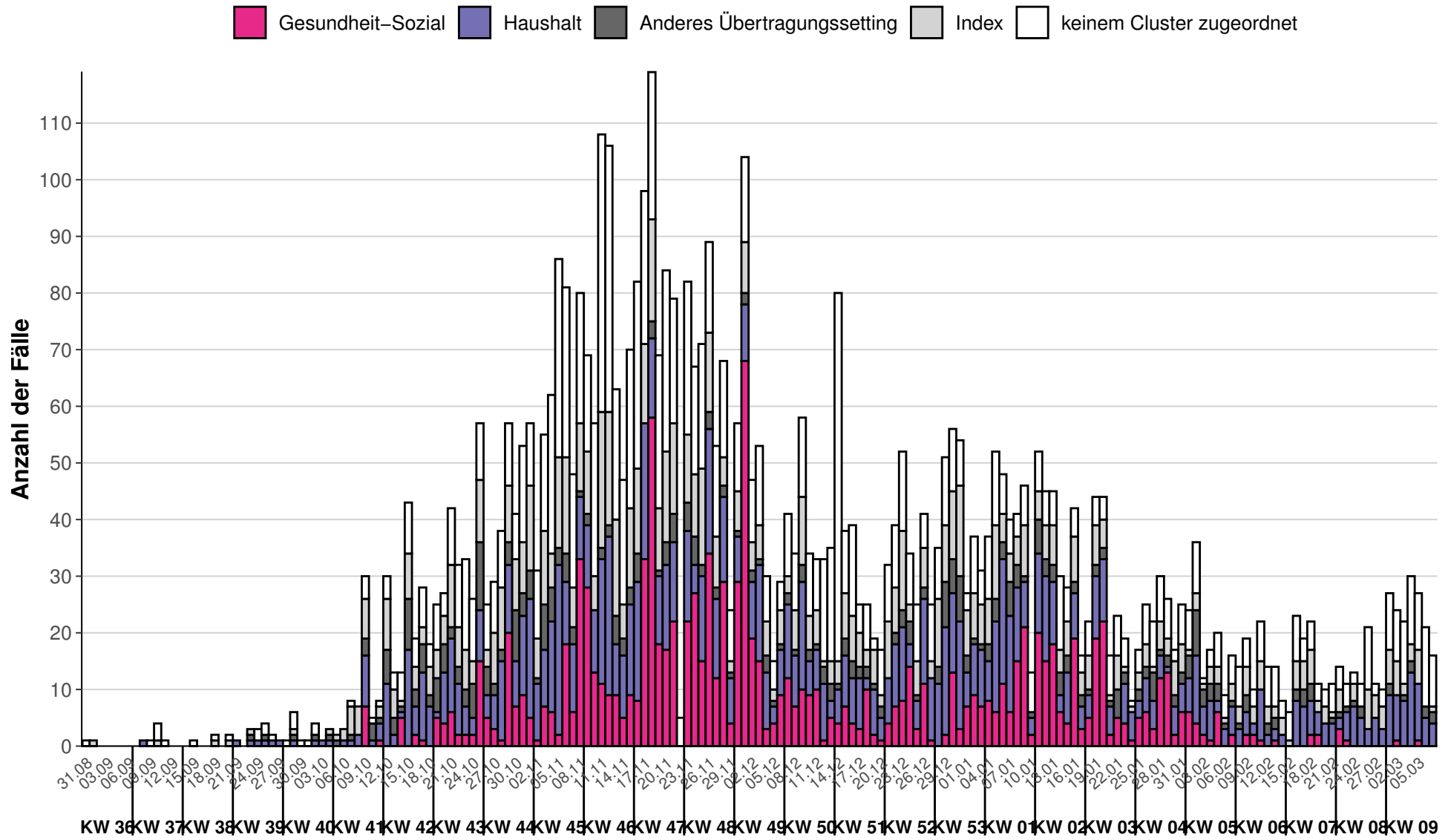
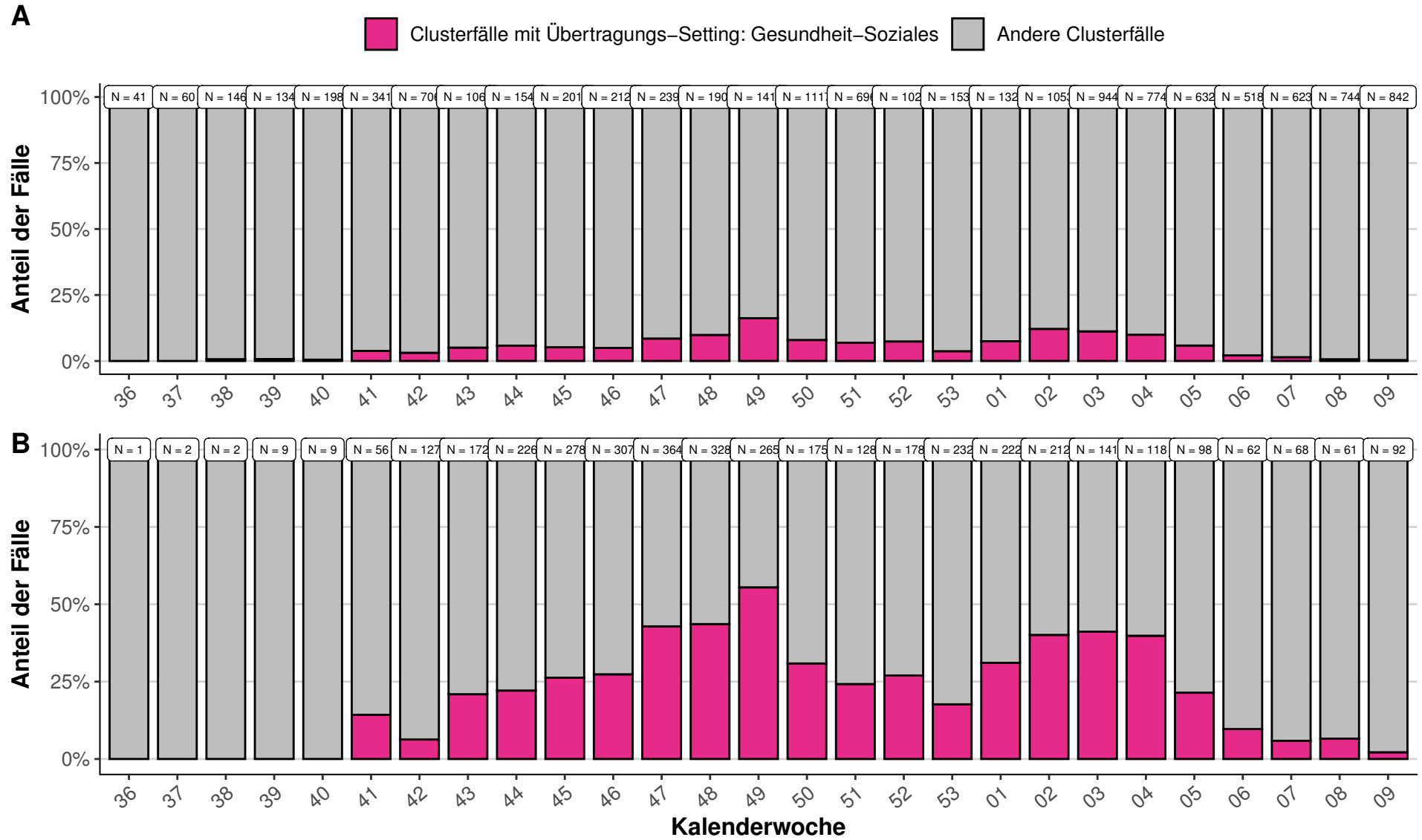


Abbildung 62: Salzburg, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales.
A: Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.



65

10.03.2021

Abbildung 63: Salzburg, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen; KW KW 08, 2021 und KW KW 09, 2021 noch in Arbeit

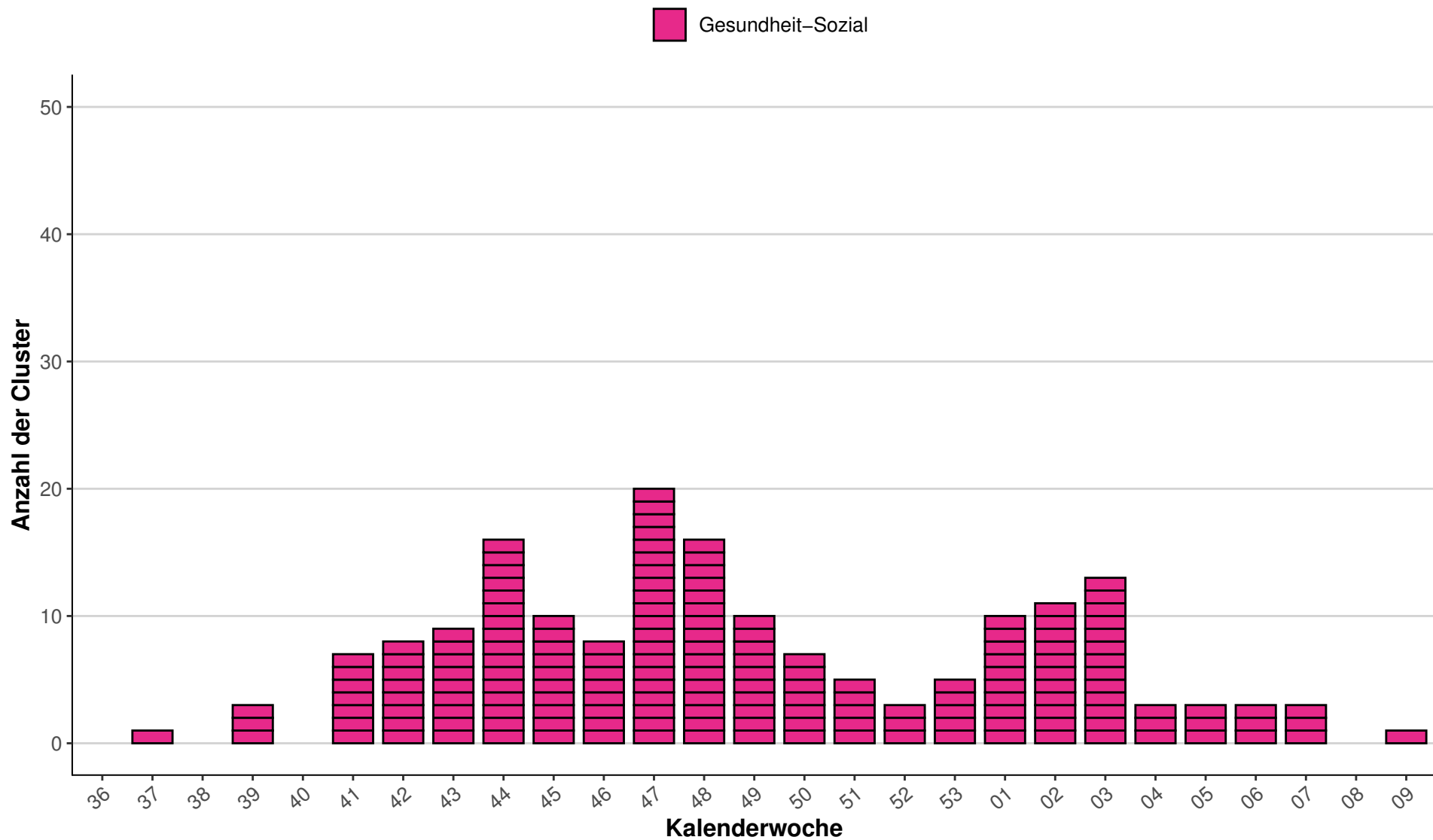


Abbildung 64: Salzburg, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

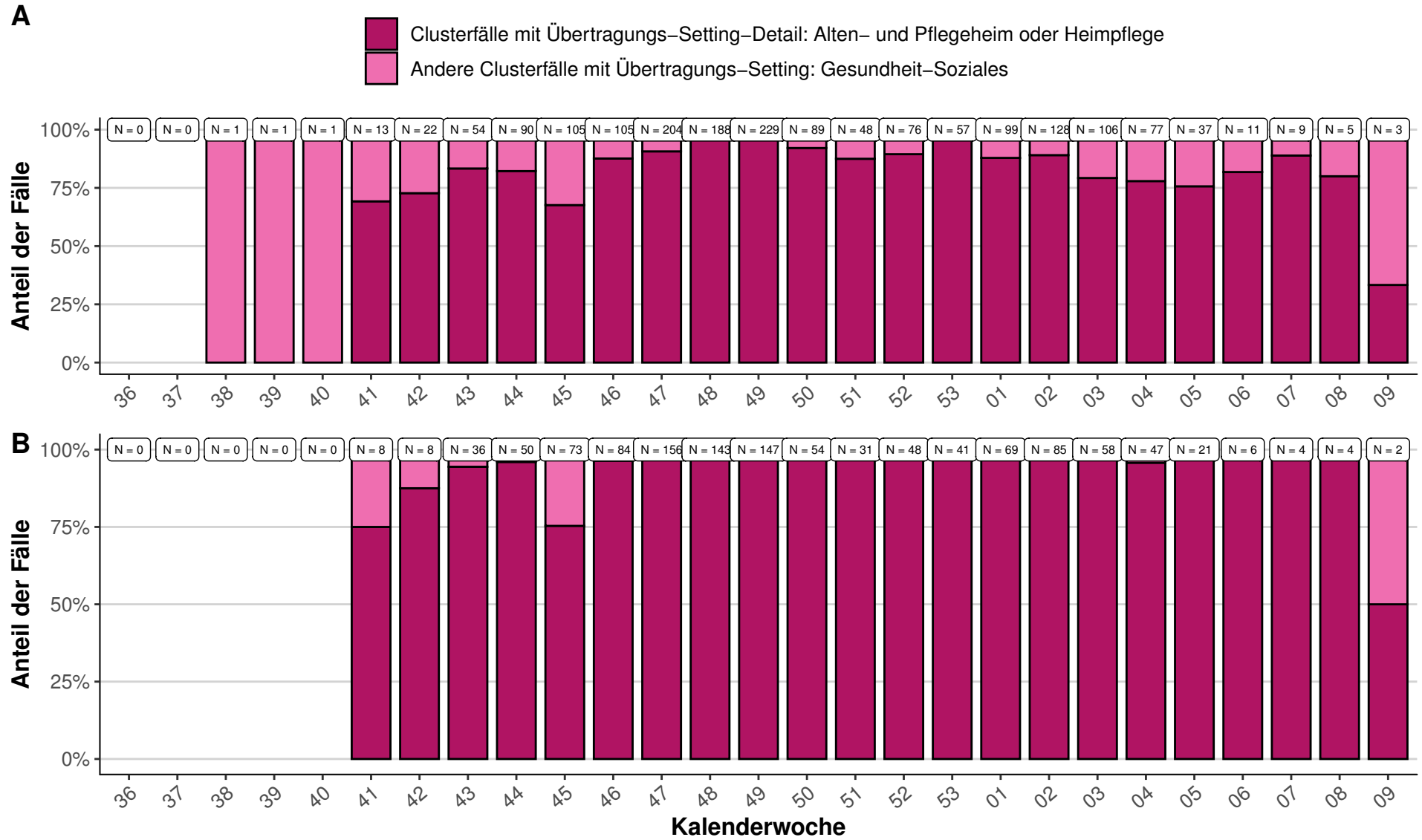


Abbildung 65: Salzburg, prozentuale Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36, 2020 - KW 09, 2021.

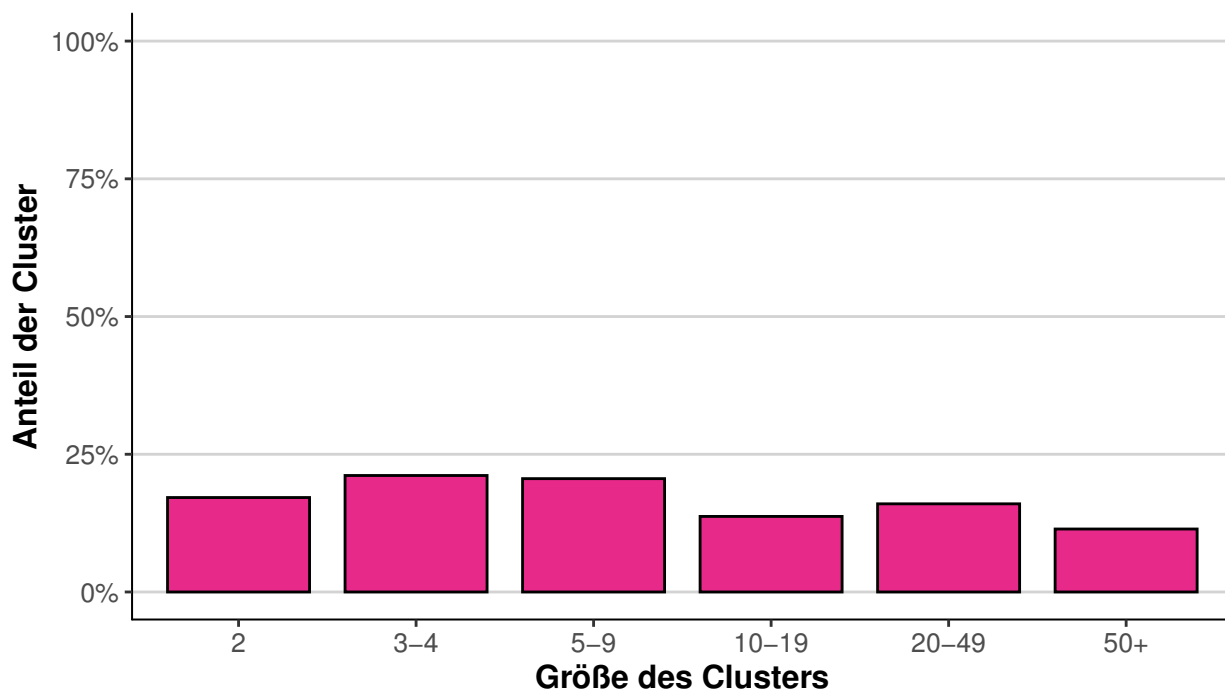
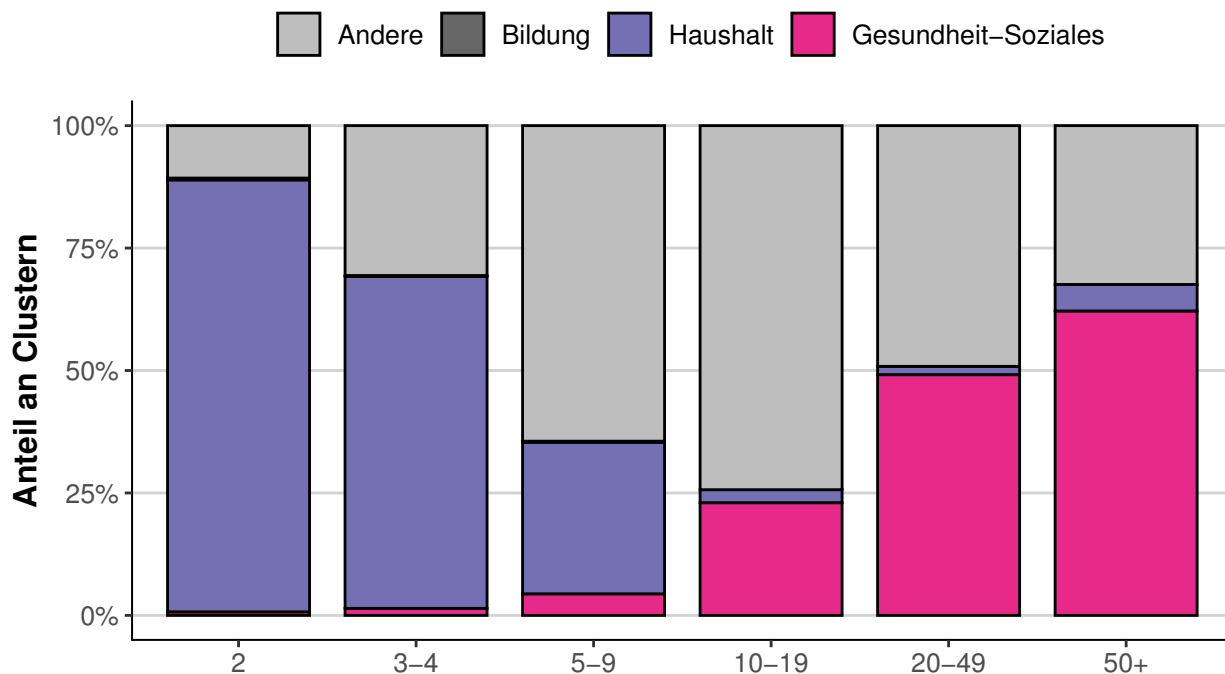
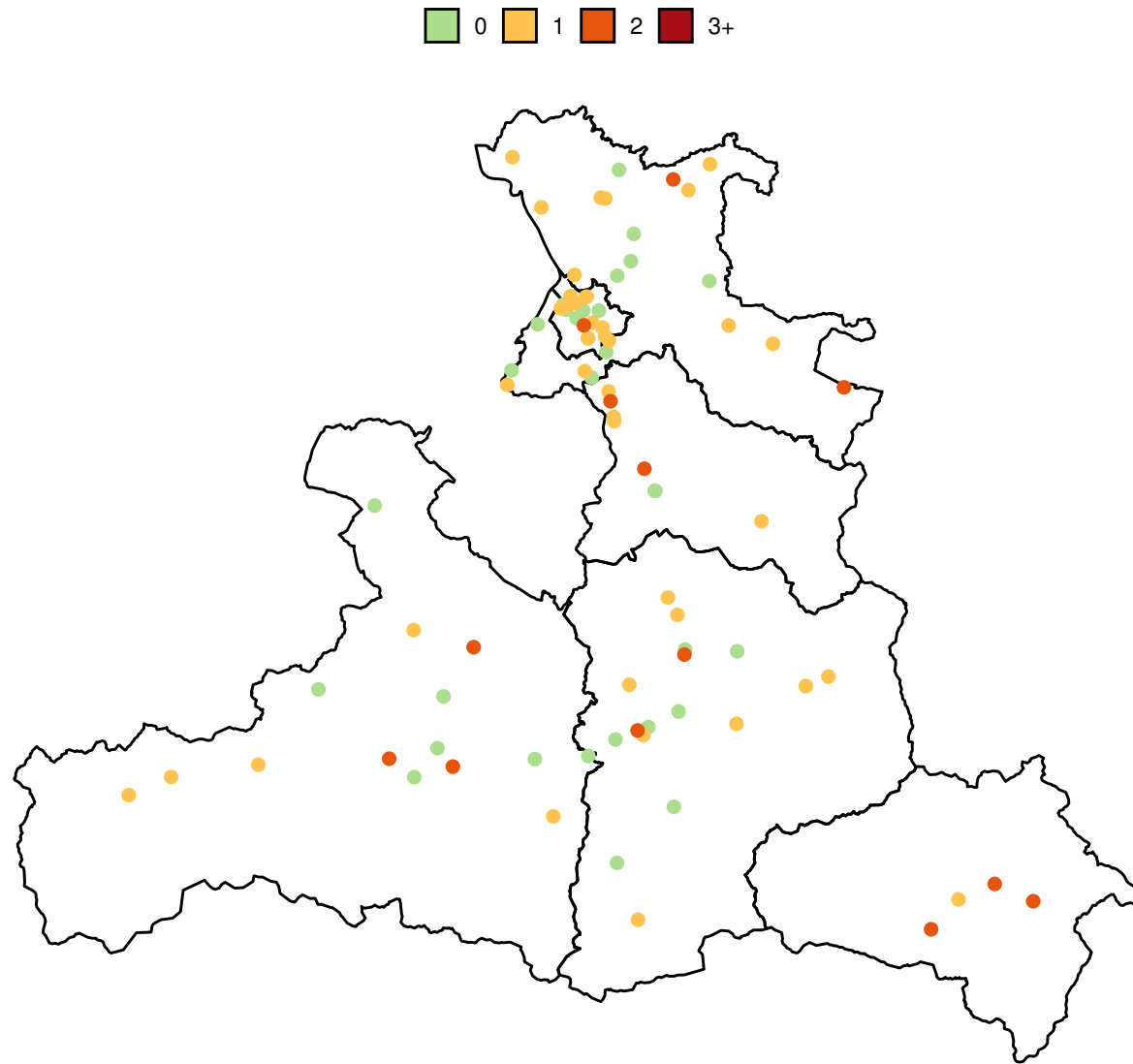


Abbildung 66: Salzburg, prozentuale Verteilung von Cluster mit mindesten einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales, von Haushalt-Clustern (singulär), von Bildungscluster (singulär) und Clustern, die keiner dieser Kriterien erfüllen innerhalb der Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle), KW 36, 2020 - KW 09, 2021 (KW 09, 2021 noch in Aufklärung bez. Cluster)



Geographische Verteilung

Abbildung 67: Salzburg, Geographische Verteilung der in Cluster involvierten Alten-, Pflegeheimen/Seniorenresidenzen, Farbgebung illustriert die Häufigkeit der Cluster-Involvierung, KW 36, 2020 - KW 09, 2021.



Steiermark

Abbildung 68: Steiermark, Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

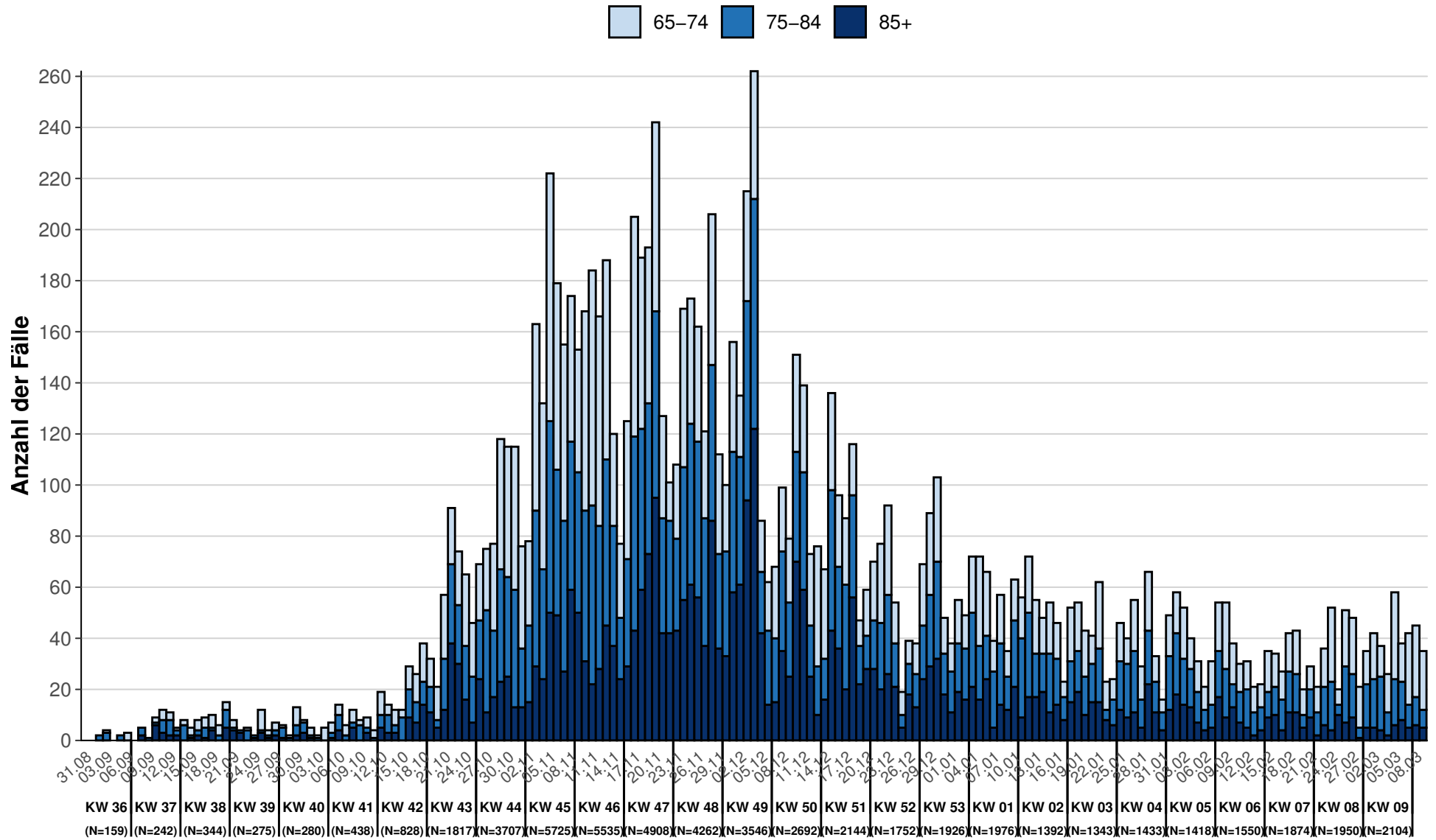


Tabelle 14: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 36, 2020 bis KW 49, 2020

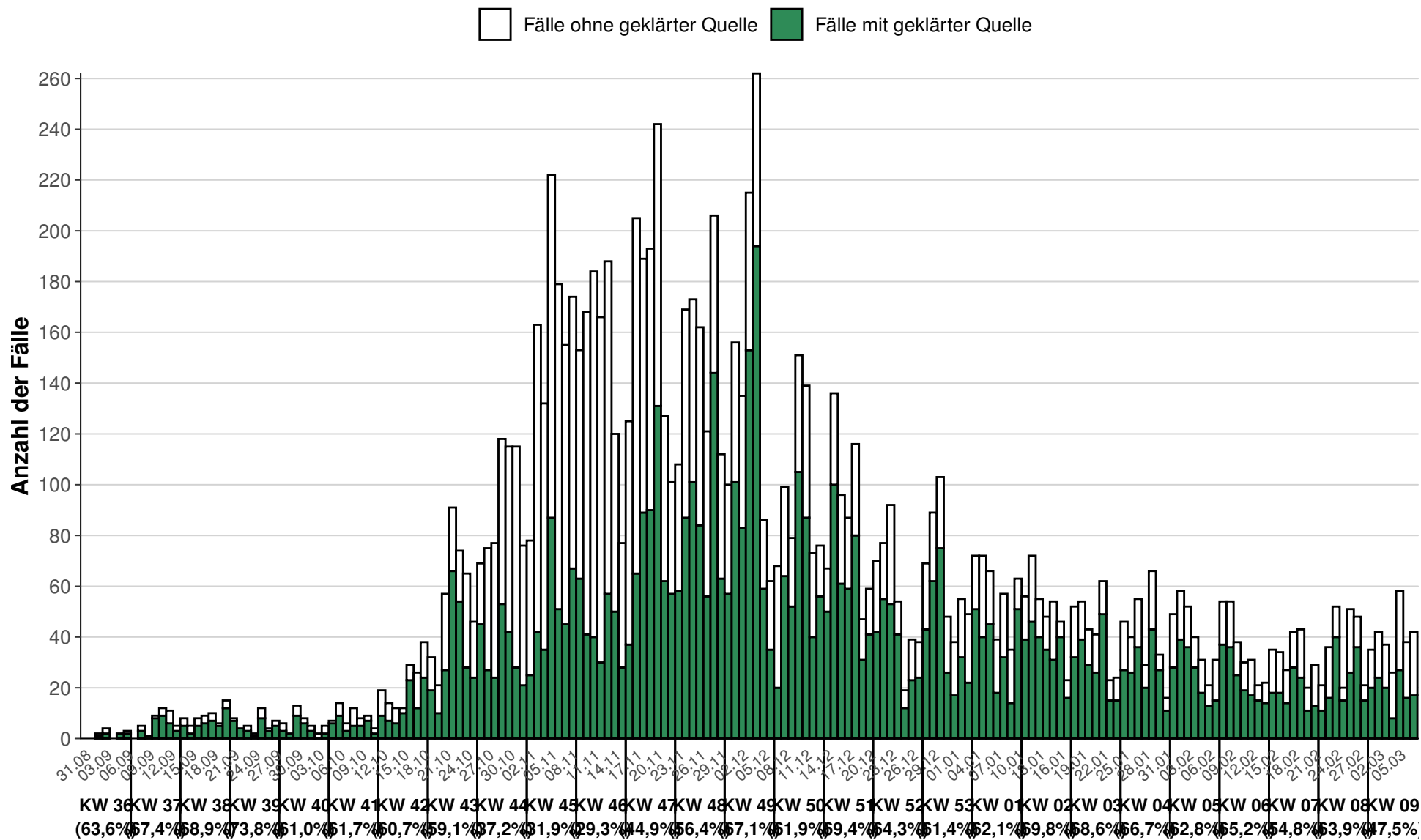
Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48	KW 49
<25	42,77%	21,07%	26,45%	28,73%	29,29%	26,26%	21,14%	18,16%	17,43%	15,65%	15,00%	13,43%	13,75%	12,52%
25-44	27,67%	33,88%	28,49%	28,73%	25,71%	26,03%	31,28%	32,36%	31,05%	29,45%	31,36%	29,10%	29,75%	27,89%
45-64	22,64%	27,27%	27,33%	27,27%	30,36%	34,02%	29,47%	28,23%	34,12%	35,63%	34,56%	33,39%	31,84%	30,94%
65+	6,92%	17,77%	17,73%	15,27%	14,64%	13,70%	18,12%	21,24%	17,40%	19,27%	19,08%	24,08%	24,66%	28,65%

Tabelle 15: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 50, 2020 bis KW 09, 2021

Altersgruppe	KW 50	KW 51	KW 52	KW 53	KW 01	KW 02	KW 03	KW 04	KW 05	KW 06	KW 07	KW 08	KW 09
<25	12,59%	13,95%	13,07%	13,19%	14,88%	15,16%	17,27%	17,59%	20,24%	23,29%	27,05%	28,41%	30,47%
25-44	27,75%	27,94%	29,97%	30,17%	32,19%	28,59%	31,05%	31,61%	27,86%	29,55%	31,00%	29,13%	27,47%
45-64	34,21%	29,76%	34,76%	33,23%	32,49%	30,82%	29,41%	30,91%	32,02%	31,03%	29,67%	29,69%	28,85%
65+	25,45%	28,36%	22,20%	23,42%	20,45%	25,43%	22,26%	19,89%	19,89%	16,13%	12,27%	12,77%	13,21%

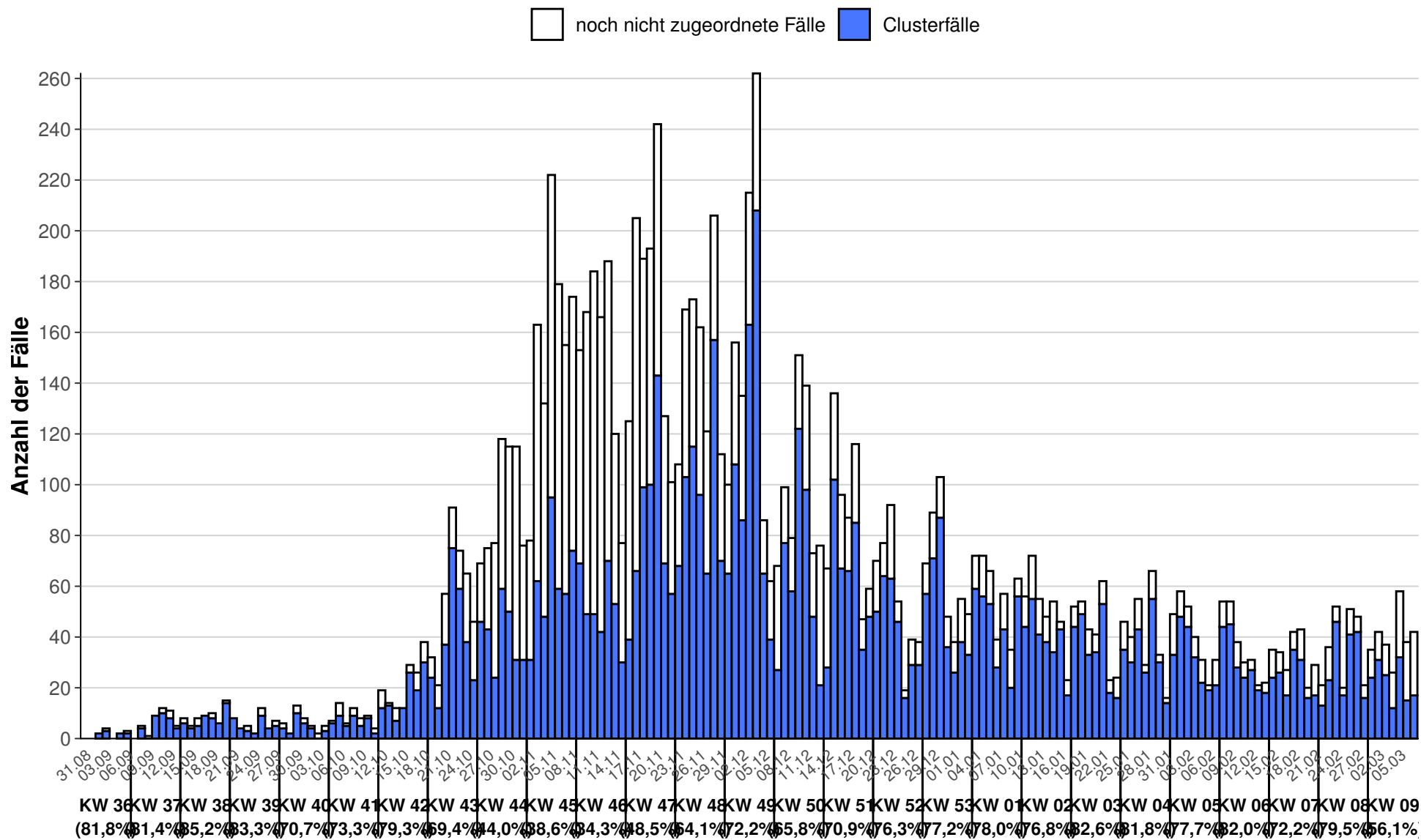
Geklärtc Fälle

Abbildung 69: Steiermark, Fälle mit geklärcr Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 70: Steiermark, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 71: Steiermark, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

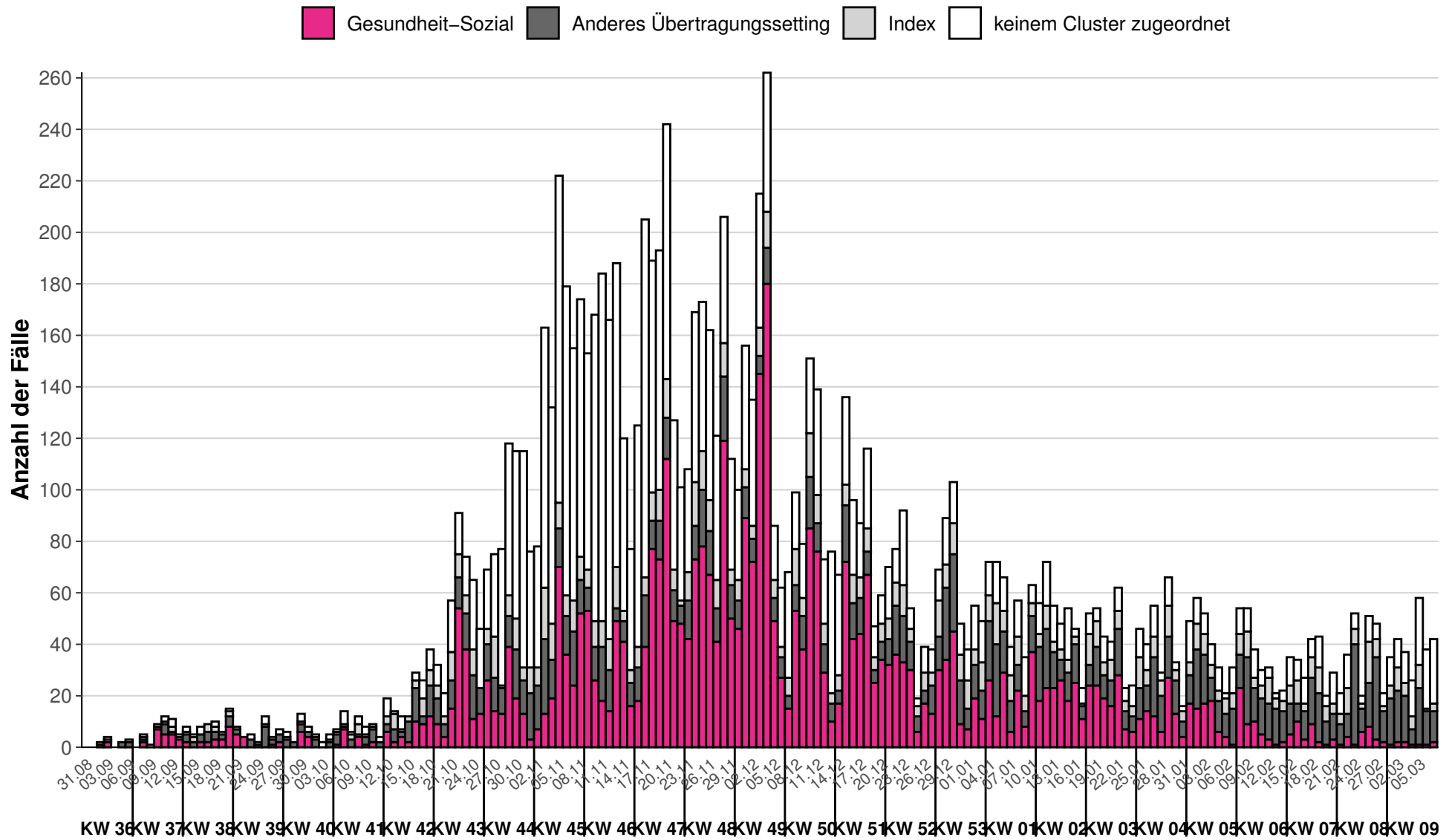


Abbildung 72: Steiermark, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

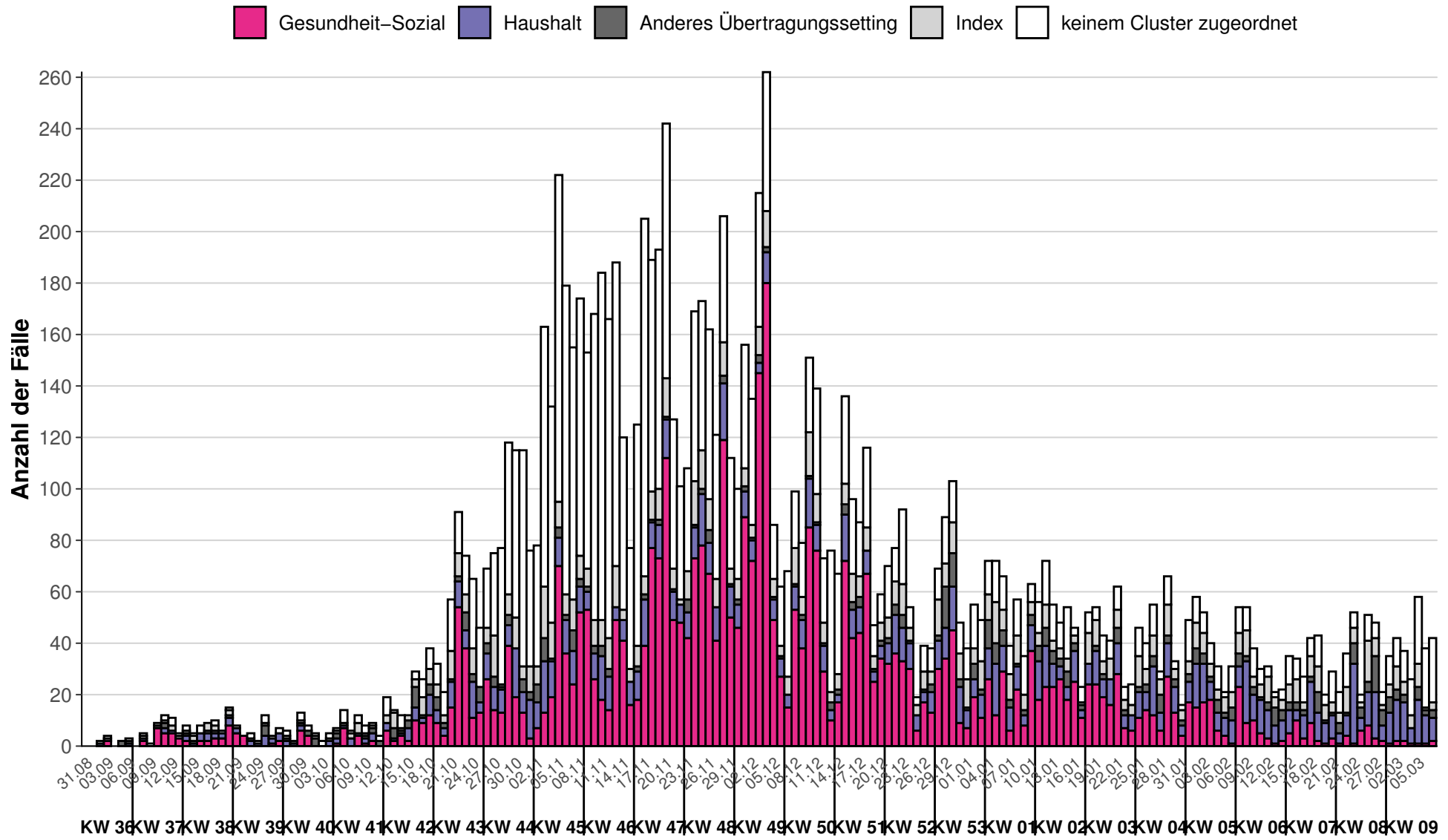


Abbildung 73: Steiermark, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales.
A: Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

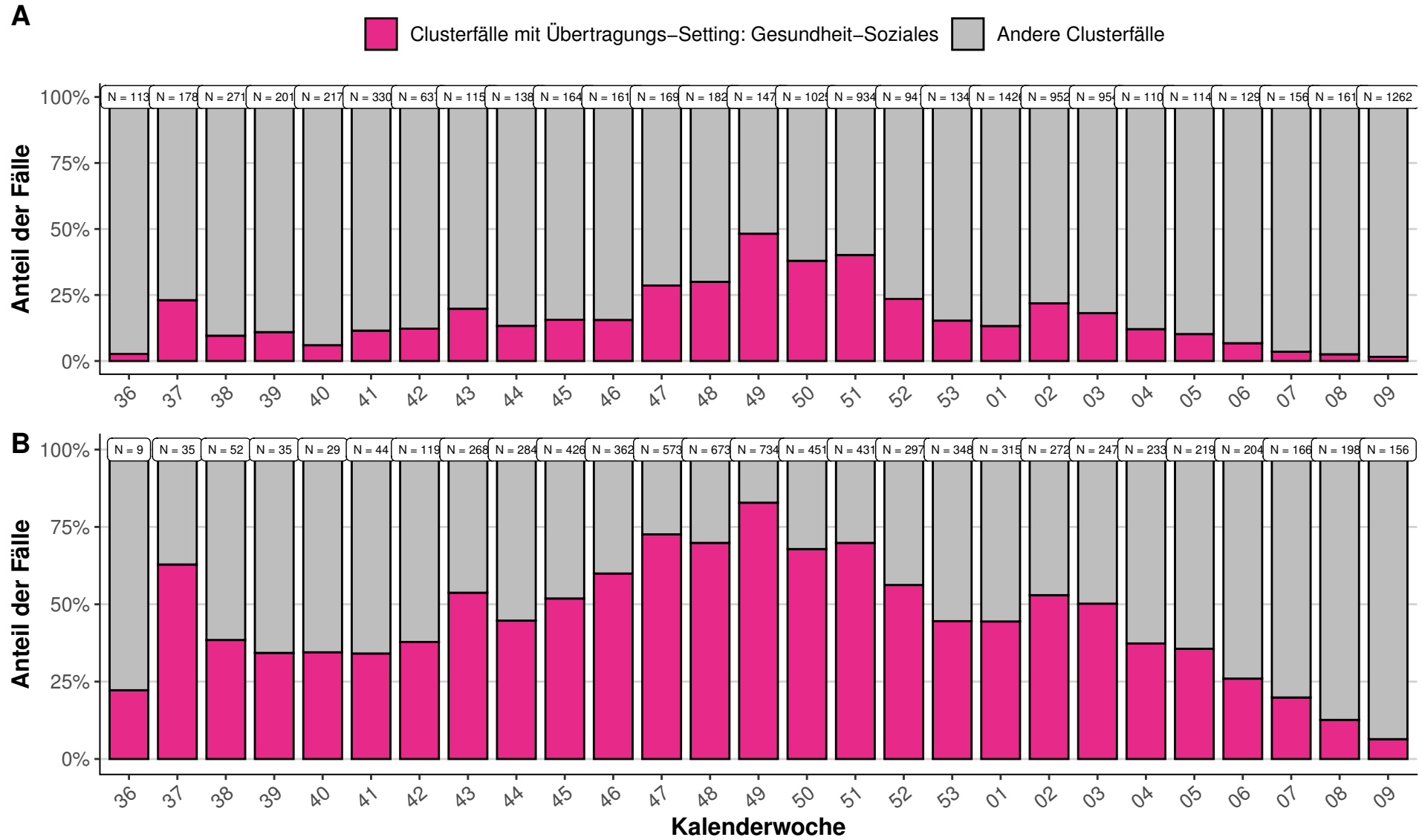


Abbildung 74: Steiermark, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen; KW KW 08, 2021 und KW KW 09, 2021 noch in Arbeit

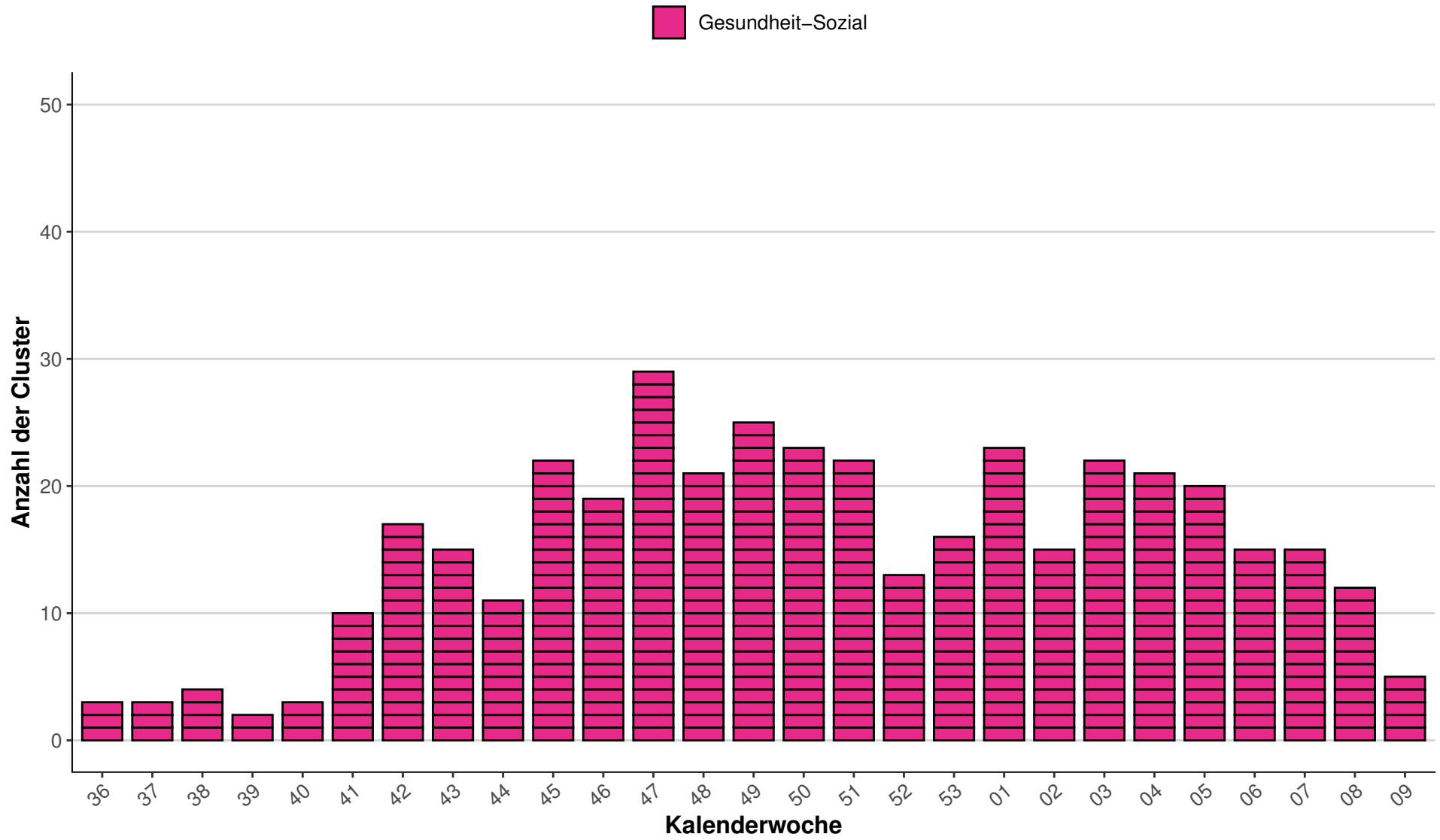


Abbildung 75: Steiermark, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

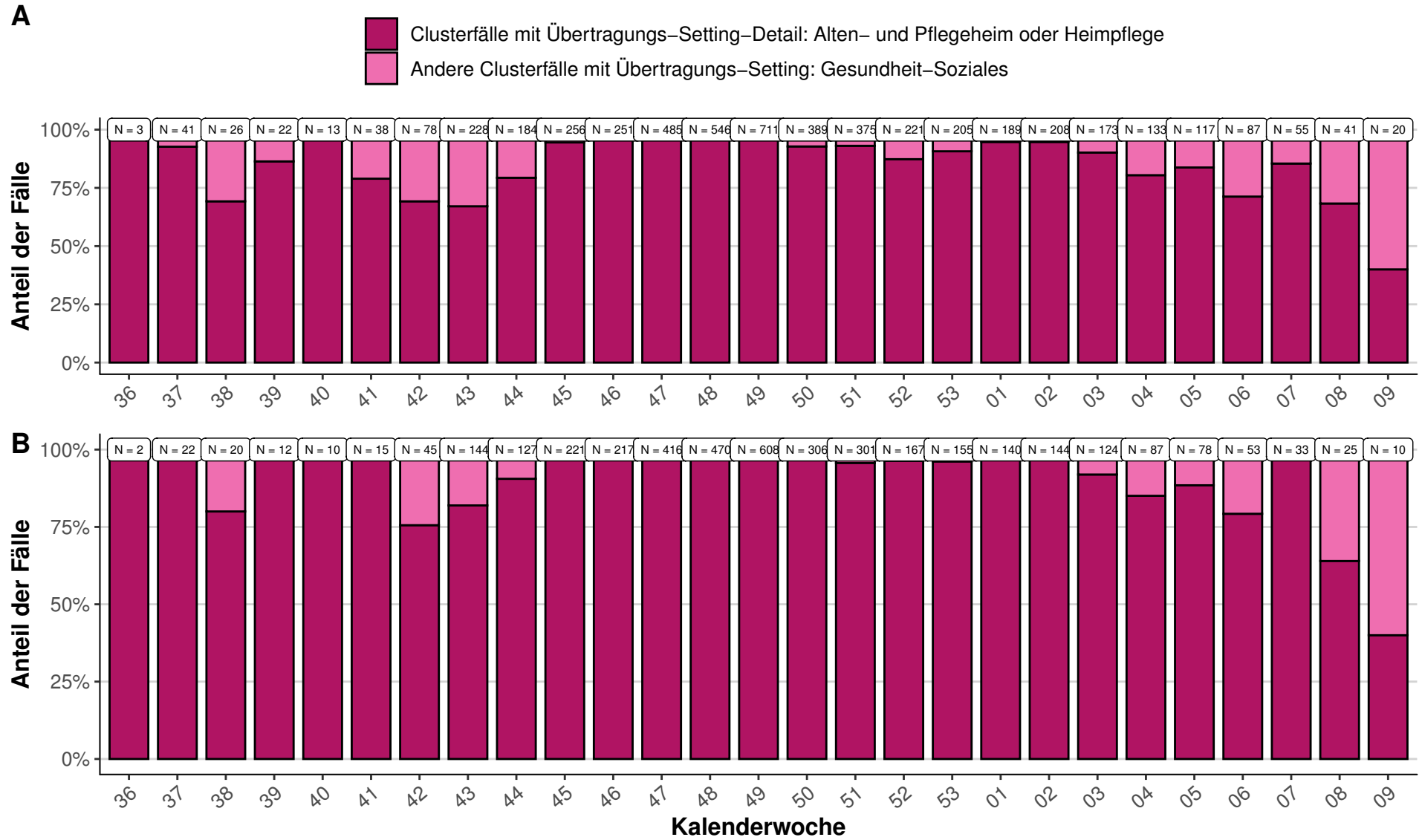


Abbildung 76: Steiermark, prozentuale Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36, 2020 - KW 09, 2021.

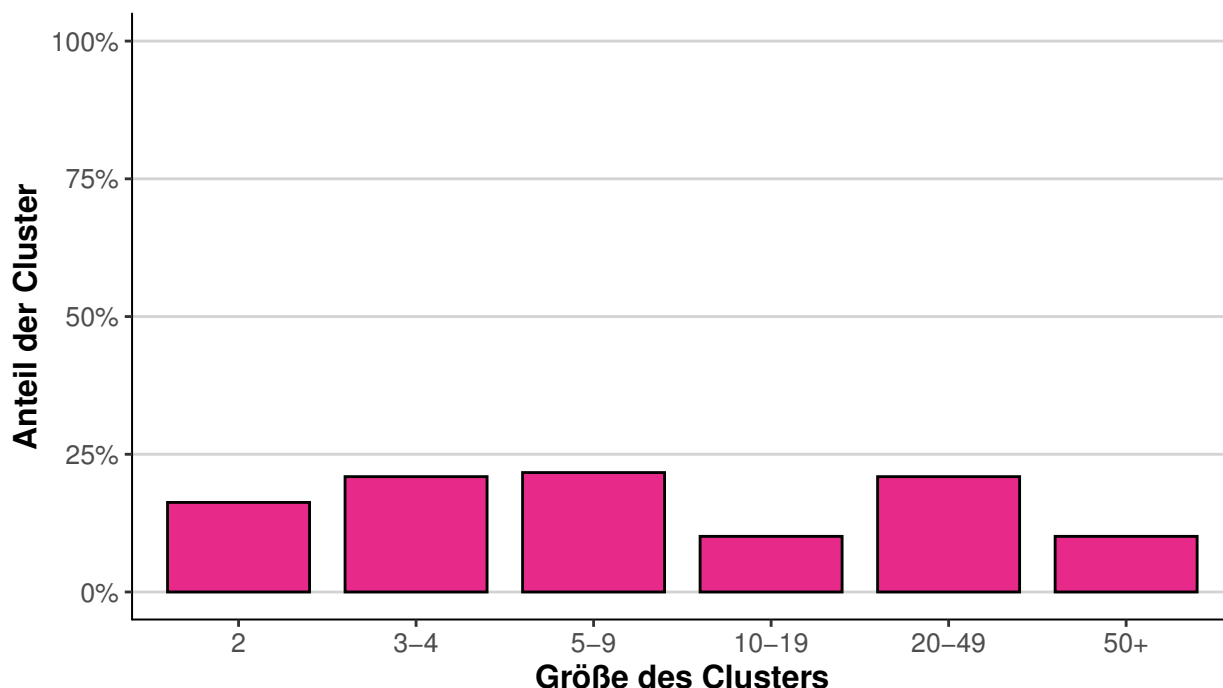
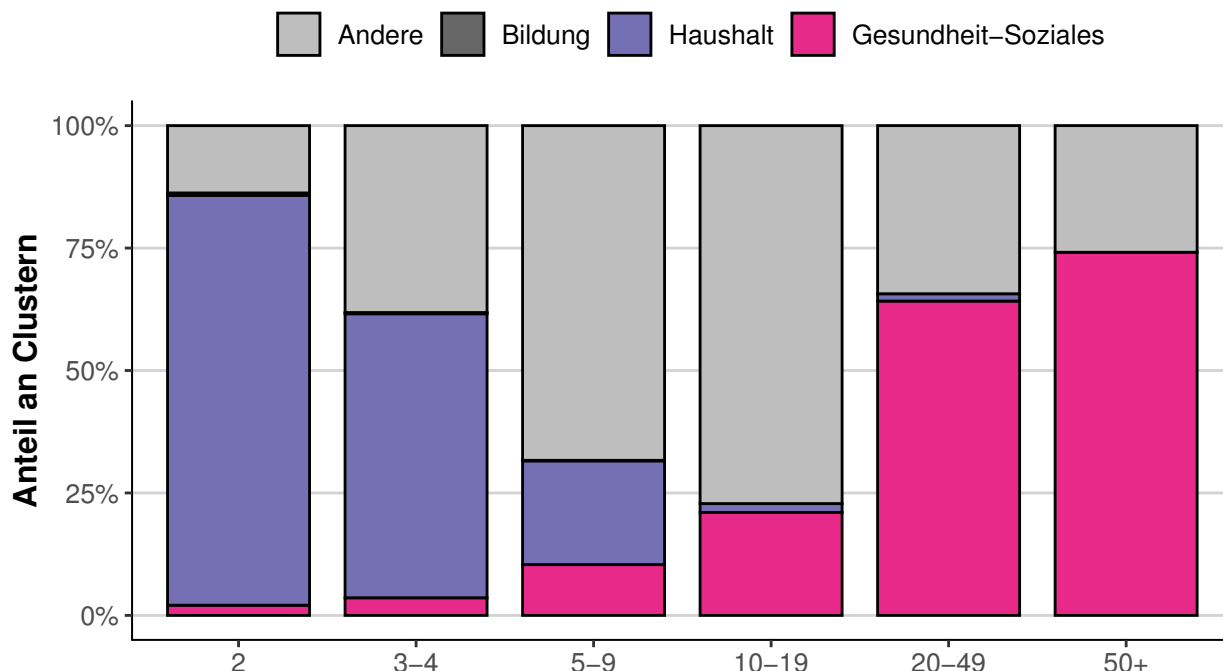
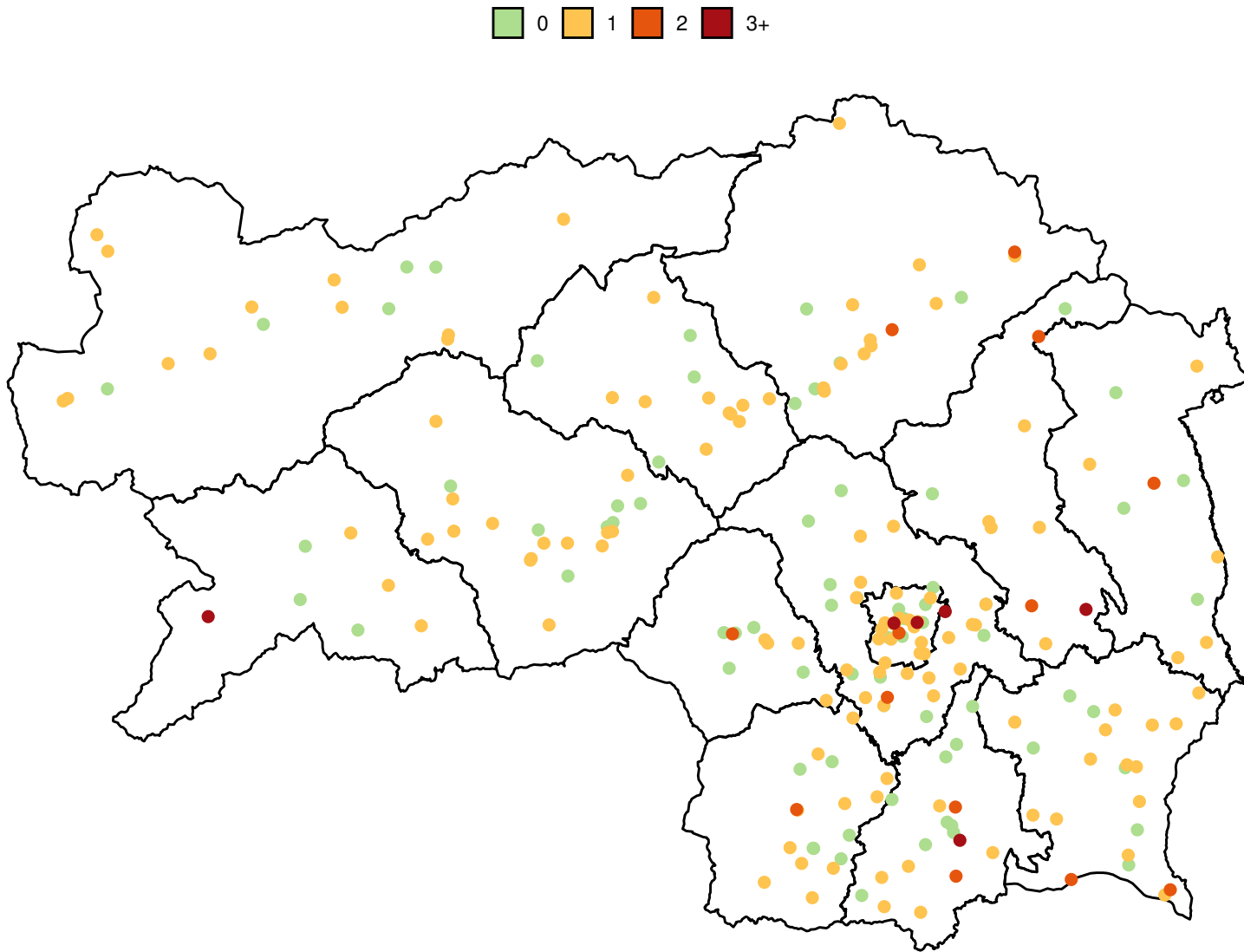


Abbildung 77: Steiermark, prozentuale Verteilung von Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales, von Haushalt-Clustern (singulär), von Bildungscluster (singulär) und Clustern, die keiner dieser Kriterien erfüllen innerhalb der Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle), KW 36, 2020 - KW 09, 2021 (KW 09, 2021 noch in Aufklärung bez. Cluster)



Geographische Verteilung

Abbildung 78: Steiermark, Geographische Verteilung der in Cluster involvierten Alten-, Pflegeheimen/Seniorenresidenzen, Farbgebung illustriert die Häufigkeit der Cluster-Involvierung, KW 36, 2020 - KW 09, 2021.



Tirol

Abbildung 79: Tirol, Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

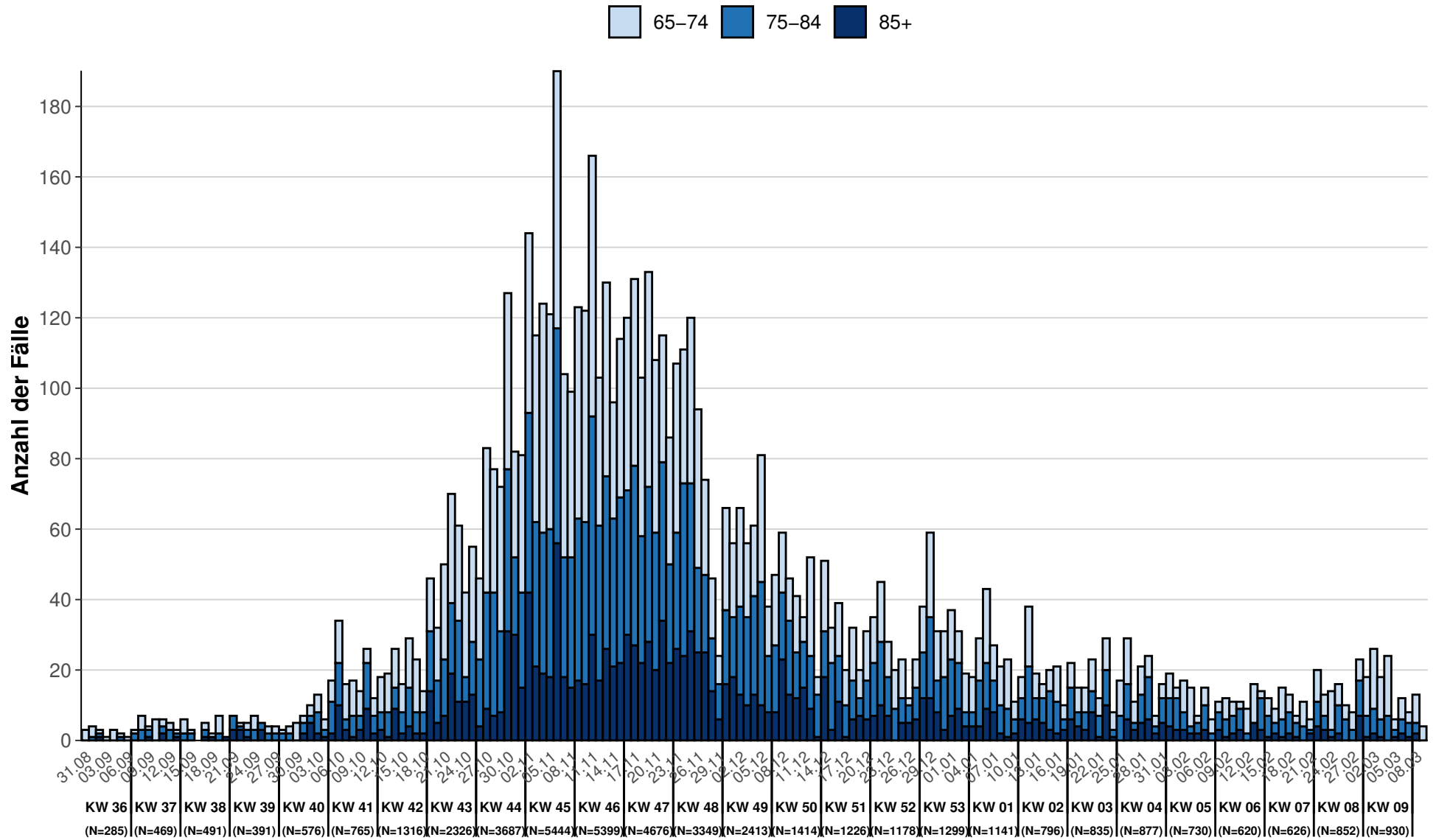


Tabelle 16: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 36, 2020 bis KW 49, 2020

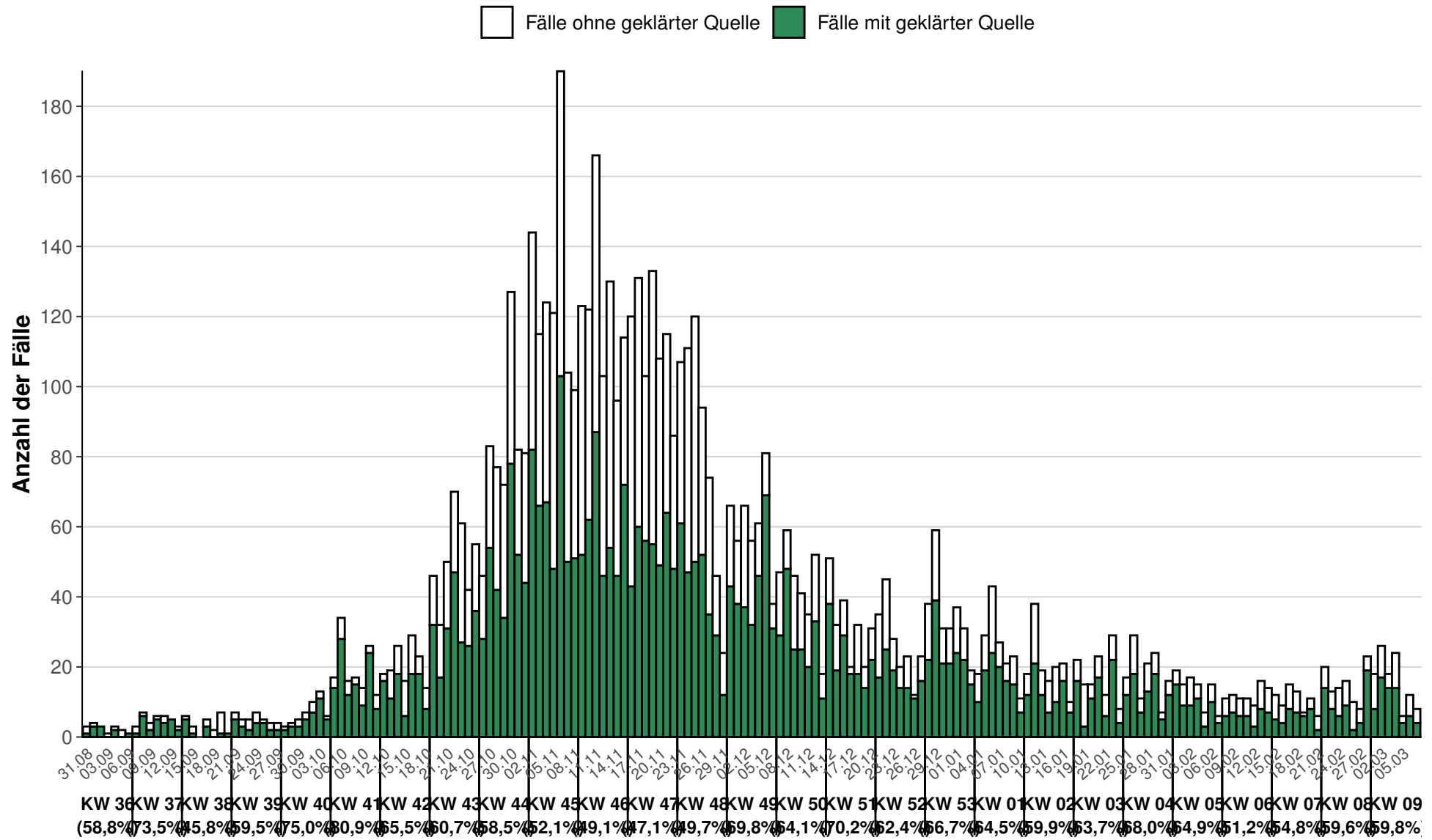
Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48	KW 49
<25	36,49%	38,81%	39,71%	32,74%	34,90%	24,97%	32,52%	26,18%	20,72%	21,23%	22,62%	20,51%	21,50%	18,81%
25-44	30,18%	34,54%	32,79%	35,29%	32,64%	29,02%	28,80%	28,72%	32,44%	30,46%	29,15%	28,87%	29,80%	29,55%
45-64	27,37%	19,40%	22,61%	22,51%	24,13%	28,24%	27,66%	29,79%	31,43%	31,83%	32,41%	33,60%	31,50%	34,07%
65+	5,96%	7,25%	4,89%	9,46%	8,33%	17,78%	11,02%	15,31%	15,41%	16,48%	15,82%	17,02%	17,20%	17,57%

Tabelle 17: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 50, 2020 bis KW 09, 2021

Altersgruppe	KW 50	KW 51	KW 52	KW 53	KW 01	KW 02	KW 03	KW 04	KW 05	KW 06	KW 07	KW 08	KW 09
<25	19,73%	19,74%	20,88%	20,71%	22,00%	19,85%	19,04%	23,15%	19,73%	22,58%	24,92%	25,00%	27,31%
25-44	27,09%	30,42%	28,86%	28,48%	31,20%	29,40%	29,70%	29,53%	33,01%	31,61%	32,43%	30,16%	30,43%
45-64	32,11%	31,48%	34,47%	31,87%	31,73%	32,91%	36,41%	33,07%	34,38%	32,26%	30,99%	32,63%	30,22%
65+	21,07%	18,35%	15,79%	18,94%	15,07%	17,84%	14,85%	14,25%	12,88%	13,55%	11,66%	12,21%	12,04%

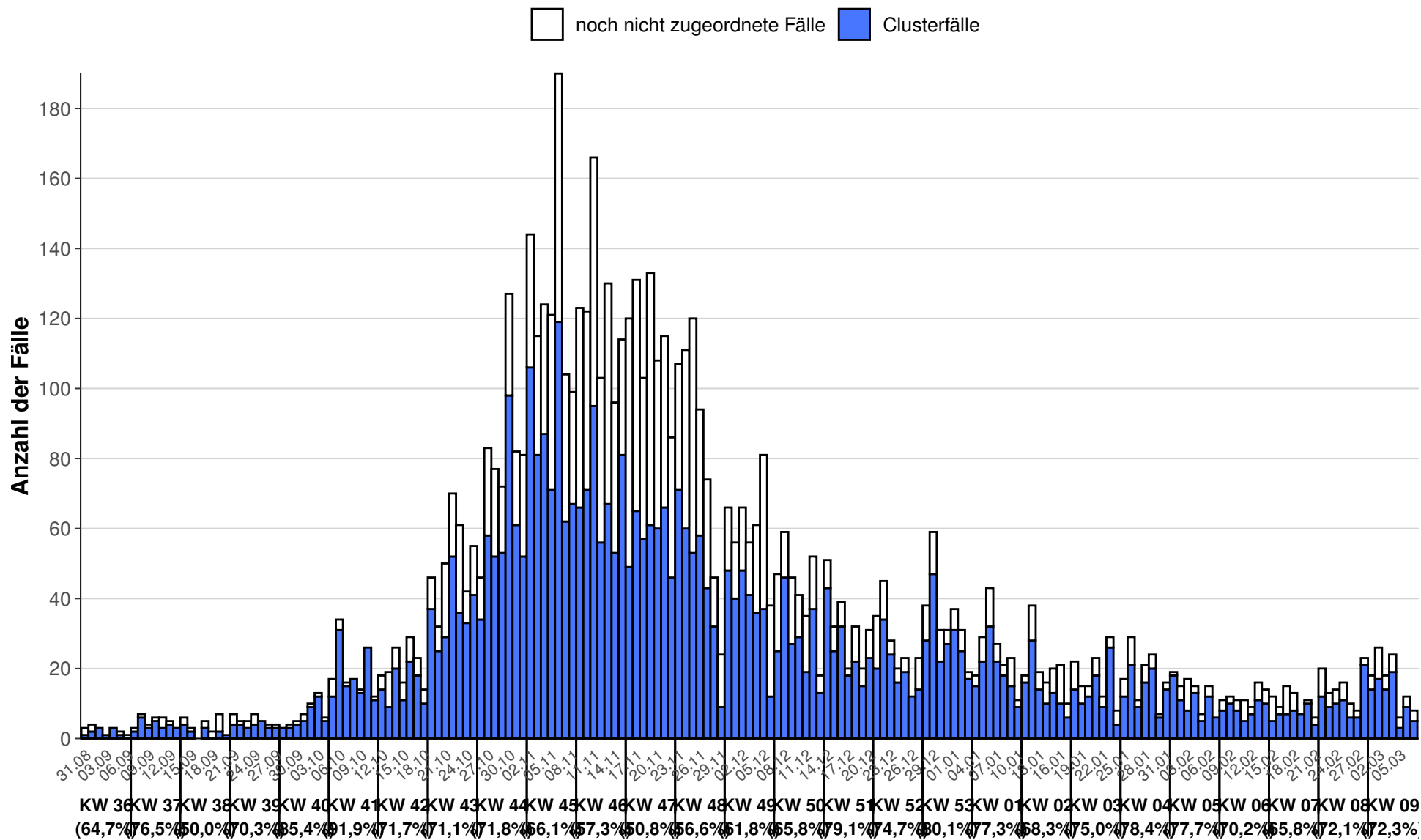
Geklärtc Fälle

Abbildung 80: Tirol, Fälle mit geklärcr Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 81: Tirol, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 82: Tirol, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

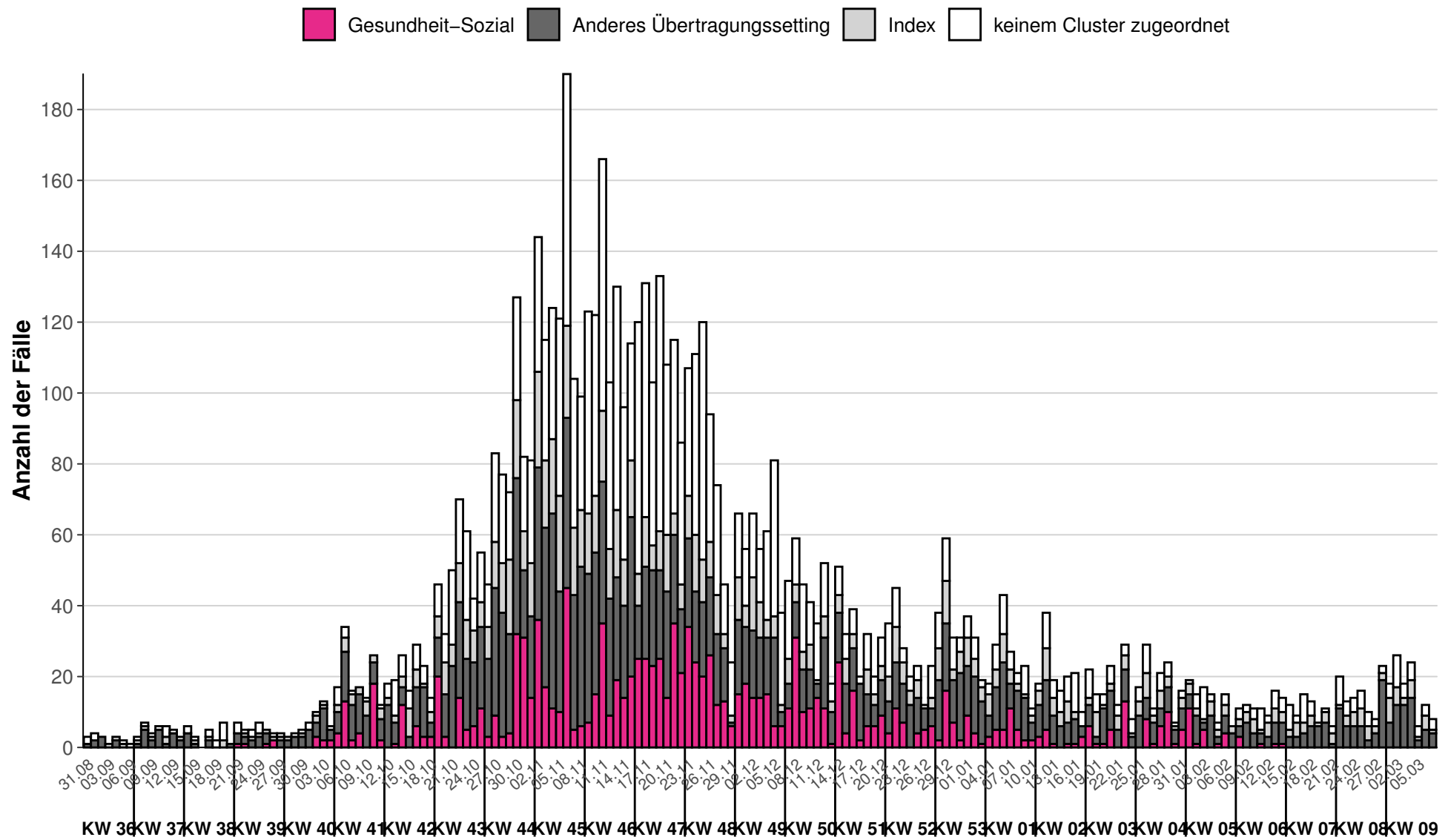


Abbildung 83: Tirol, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

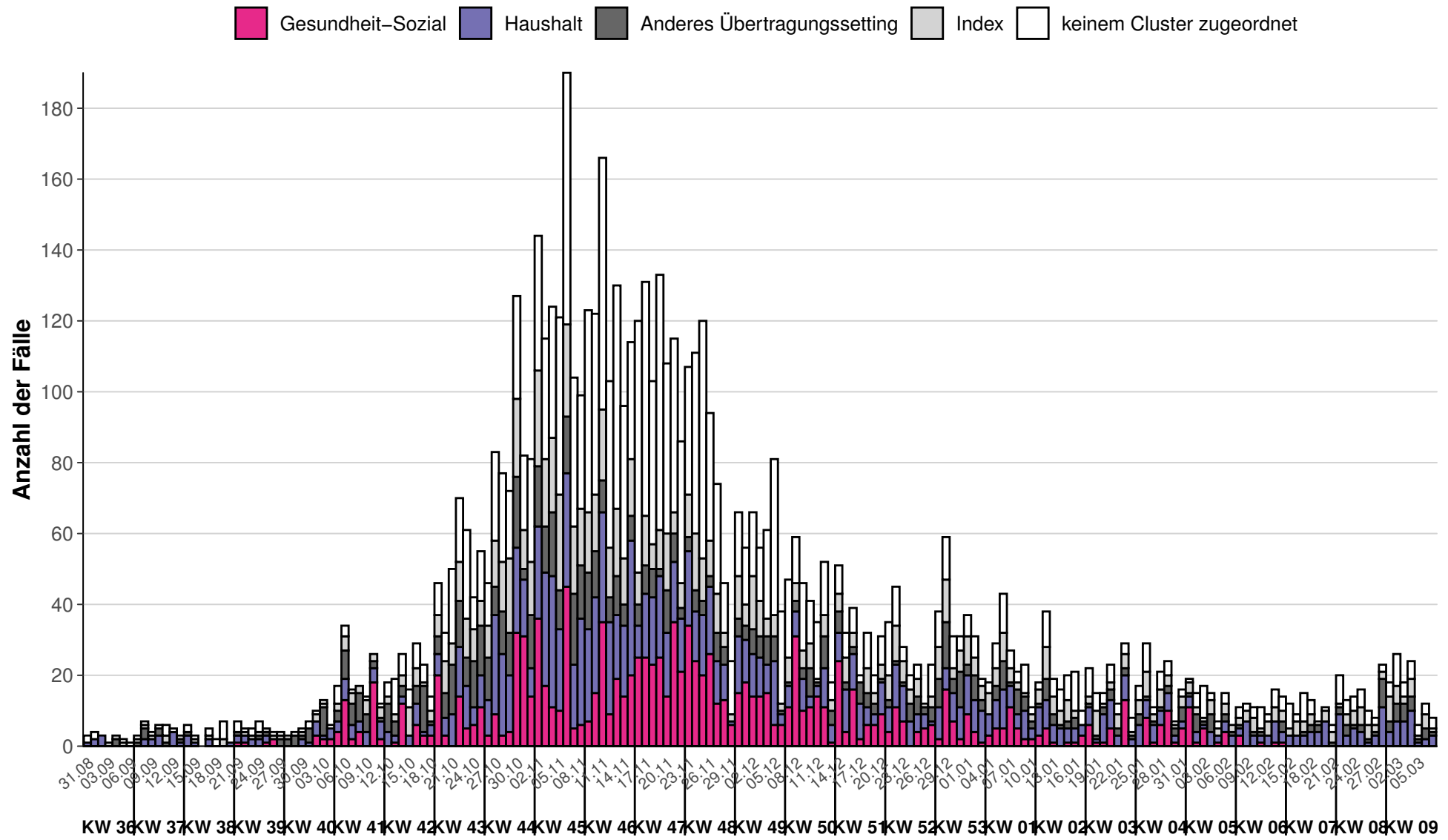


Abbildung 84: Tirol, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

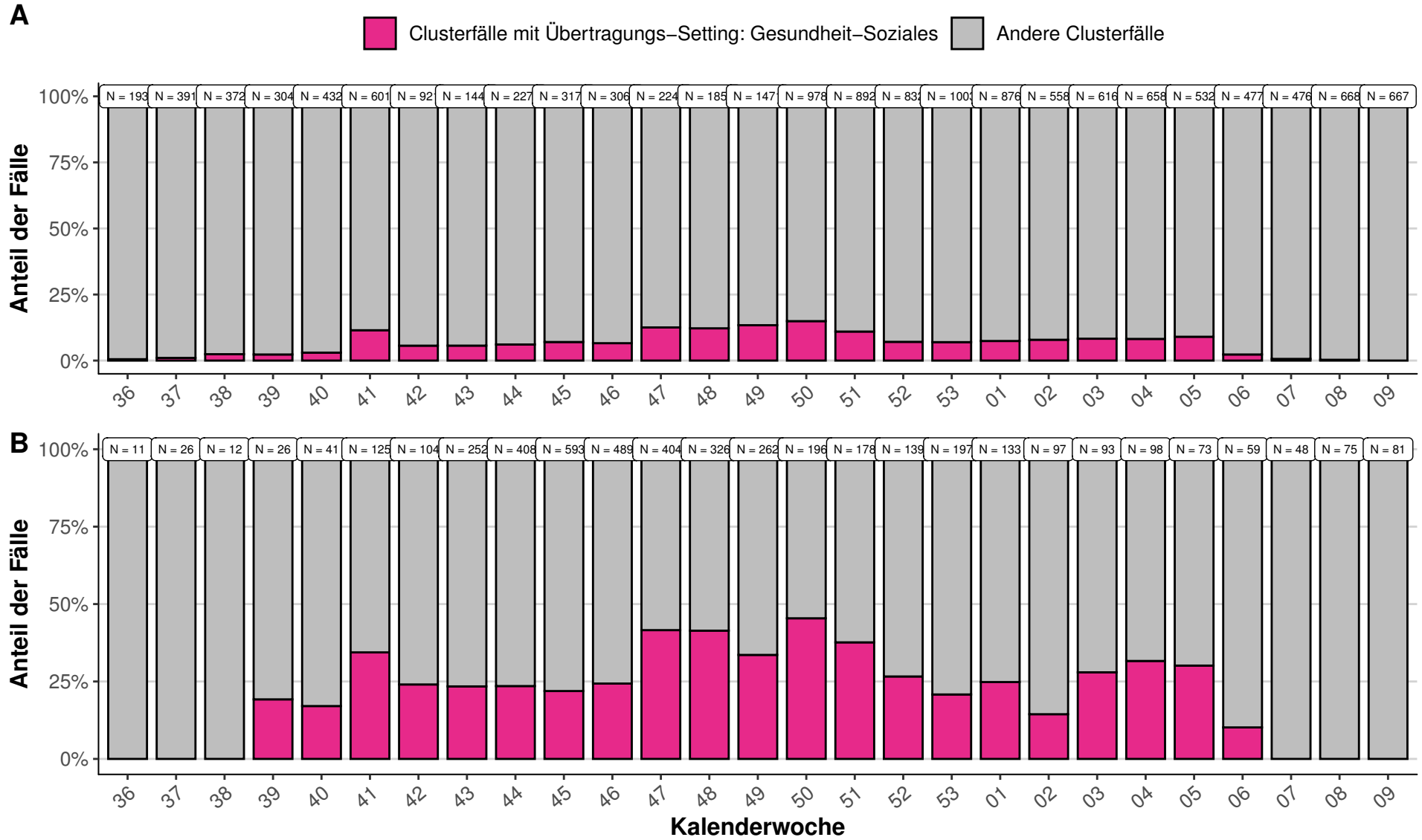


Abbildung 85: Tirol, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen; KW KW 08, 2021 und KW KW 09, 2021 noch in Arbeit

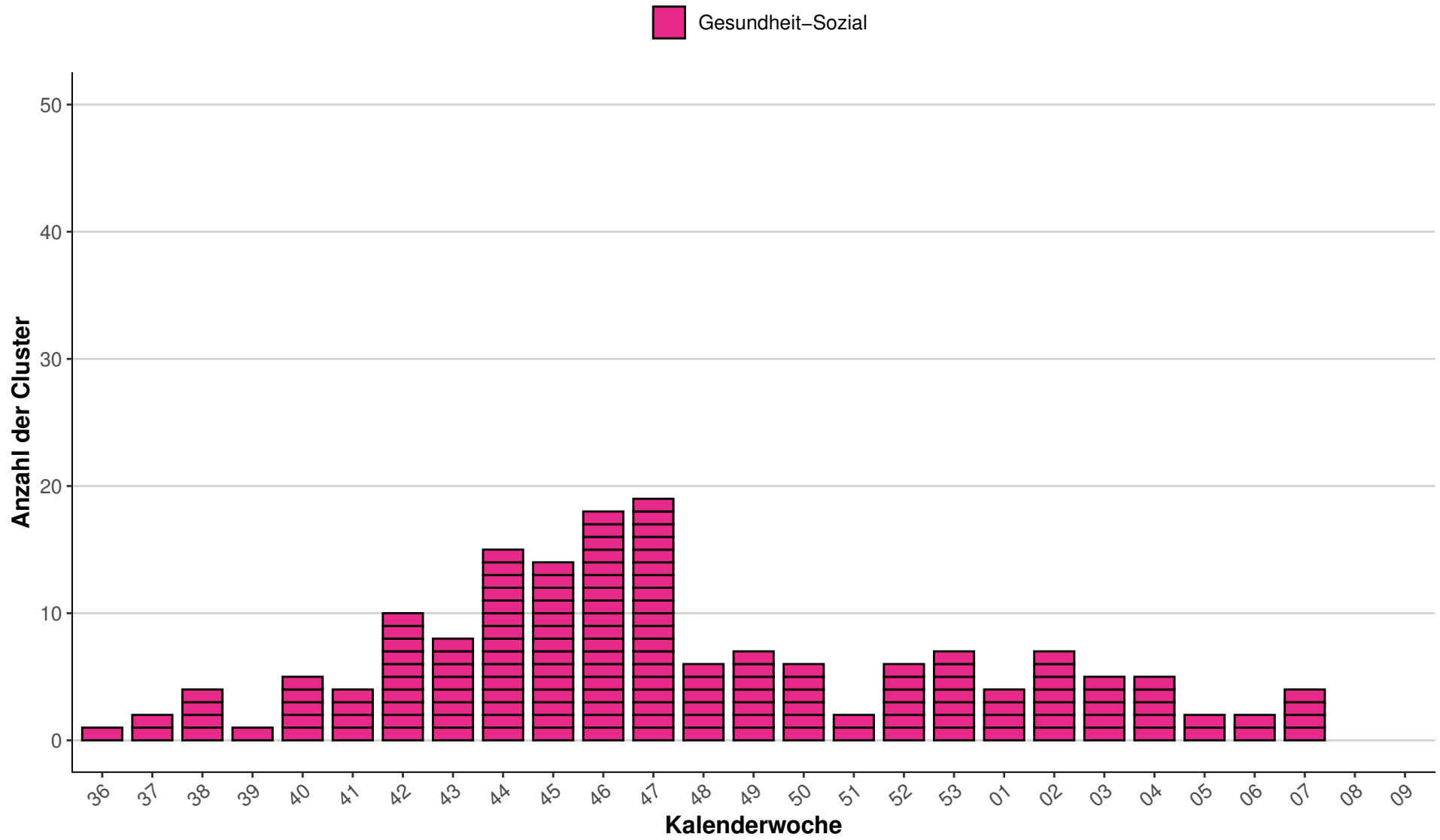


Abbildung 86: Tirol, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

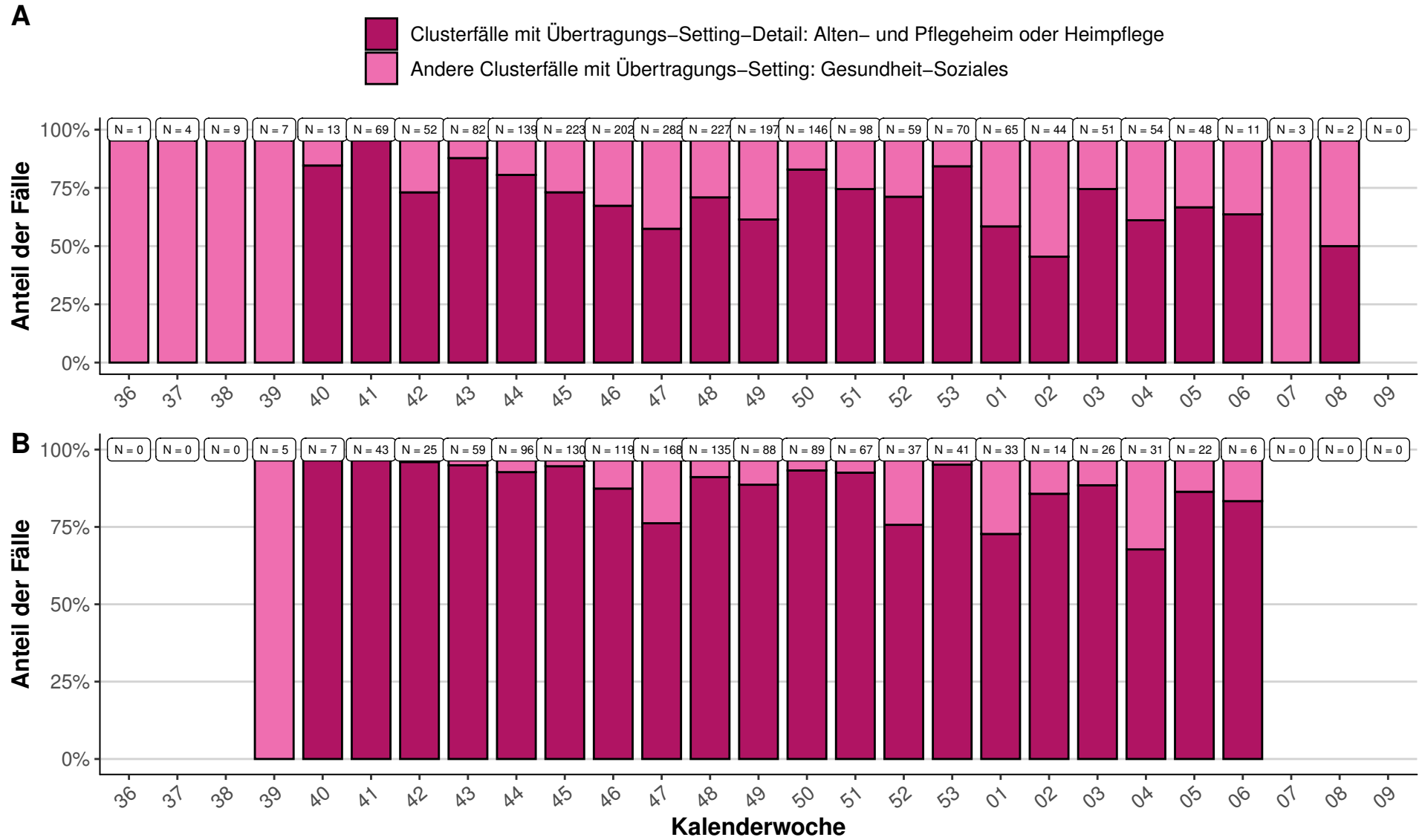


Abbildung 87: Tirol, prozentuale Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36, 2020 - KW 09, 2021.

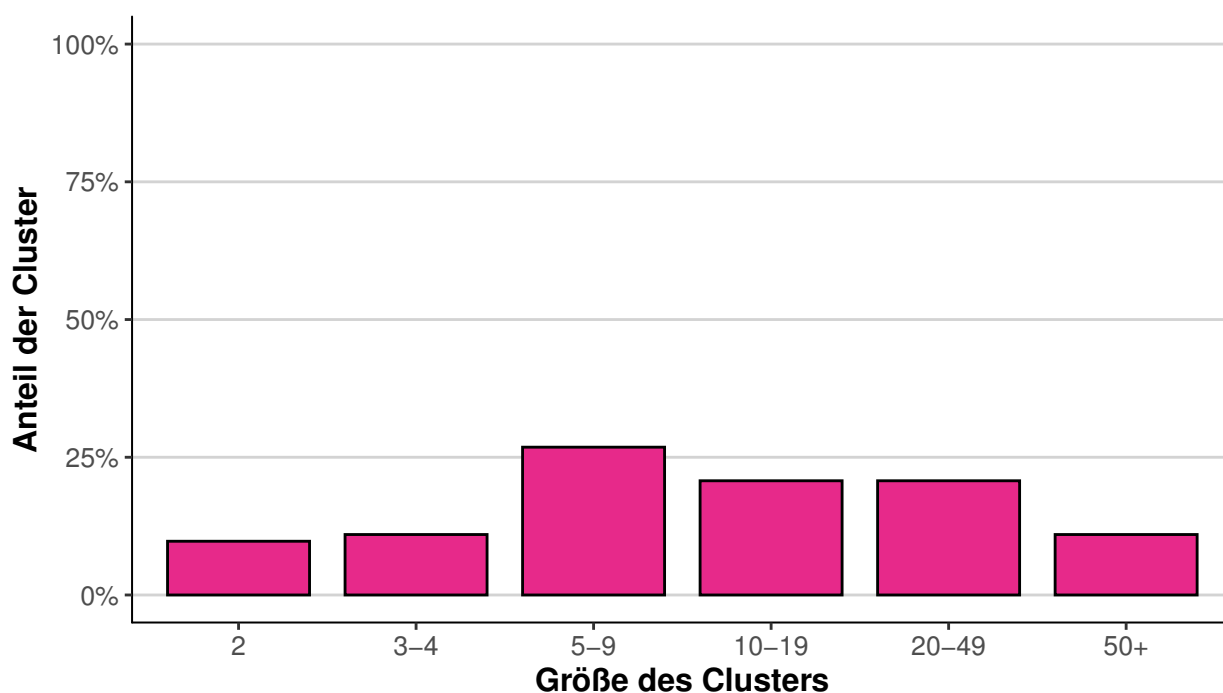
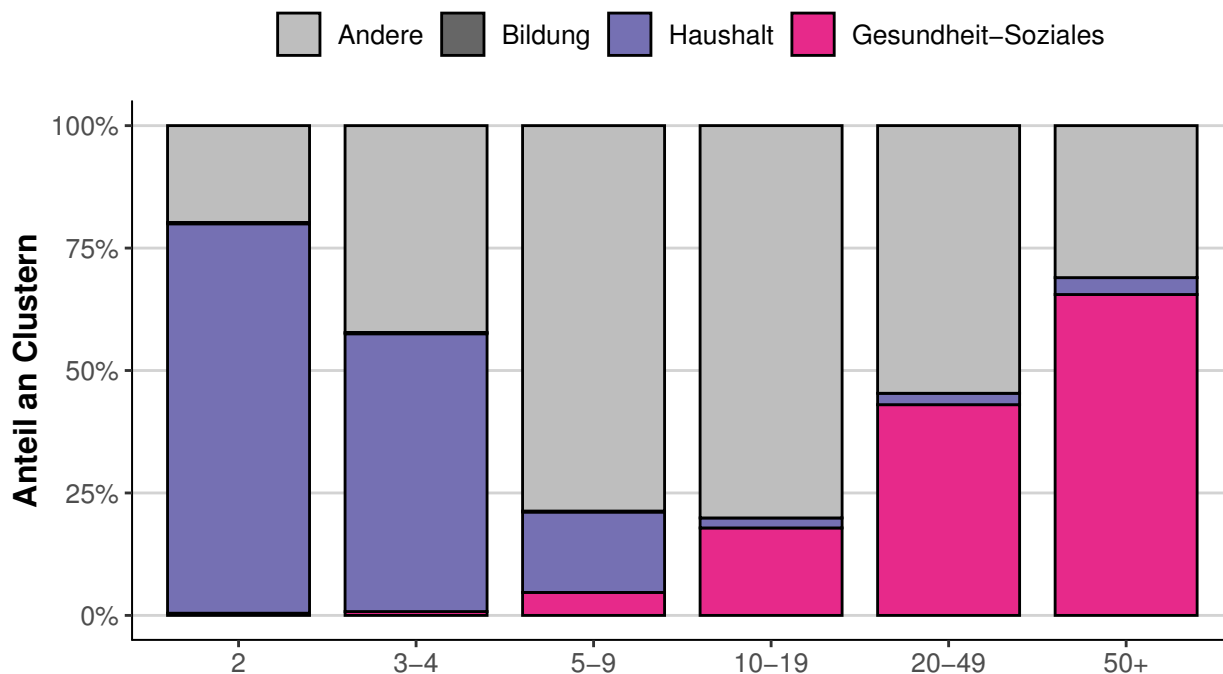
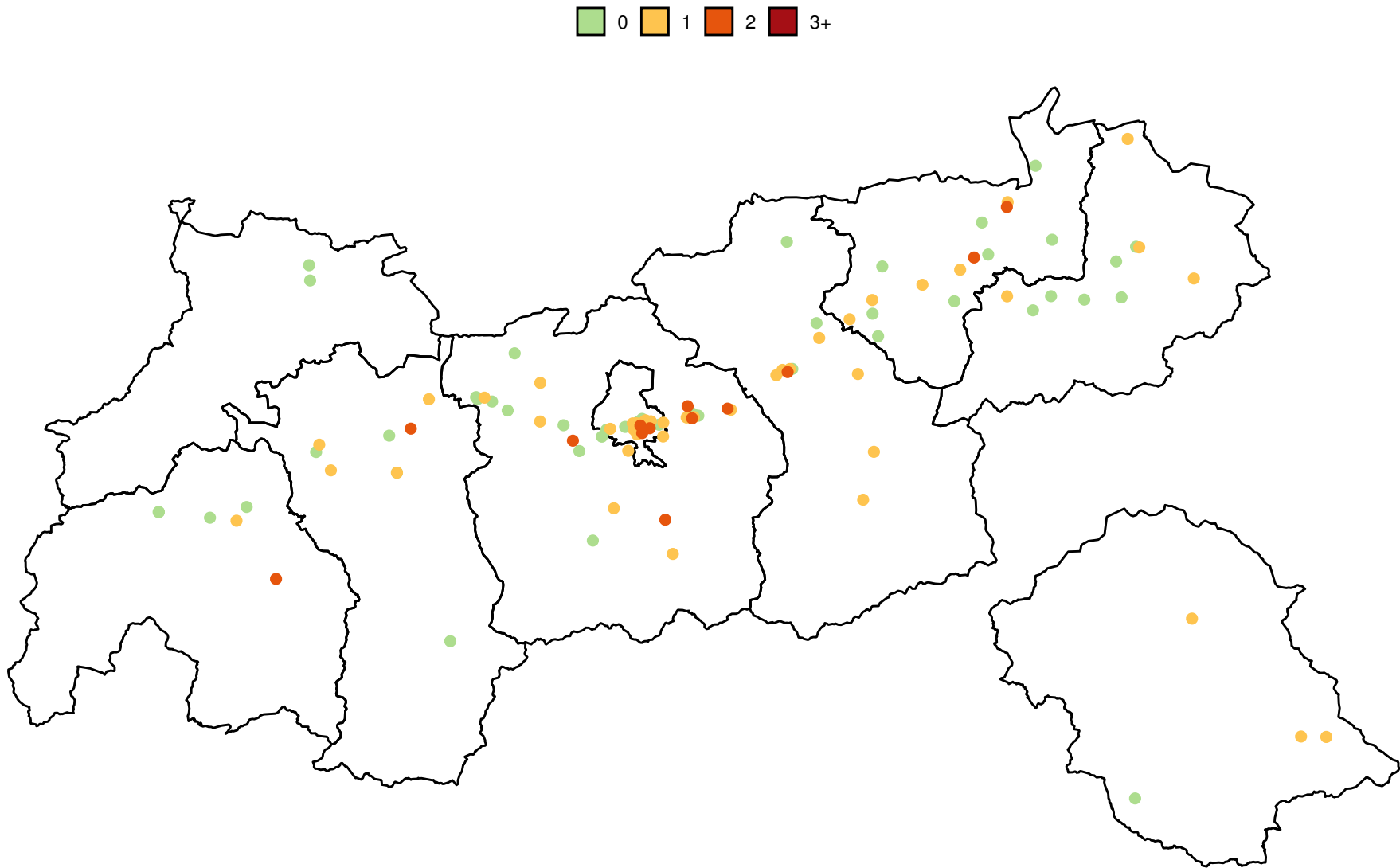


Abbildung 88: Tirol, prozentuale Verteilung von Cluster mit mindesten einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales, von Haushalt-Clustern (singulär), von Bildungscluster (singulär) und Clustern, die keiner dieser Kriterien erfüllen innerhalb der Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle), KW 36, 2020 - KW 09, 2021 (KW 09, 2021 noch in Aufklärung bez. Cluster)



Geographische Verteilung

Abbildung 89: Tirol, Geographische Verteilung der in Cluster involvierten Alten-, Pflegeheimen/Seniorenresidenzen, Farbgebung illustriert die Häufigkeit der Cluster-Involvierung, KW 36, 2020 - KW 09, 2021.



Vorarlberg

Abbildung 90: Vorarlberg, Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

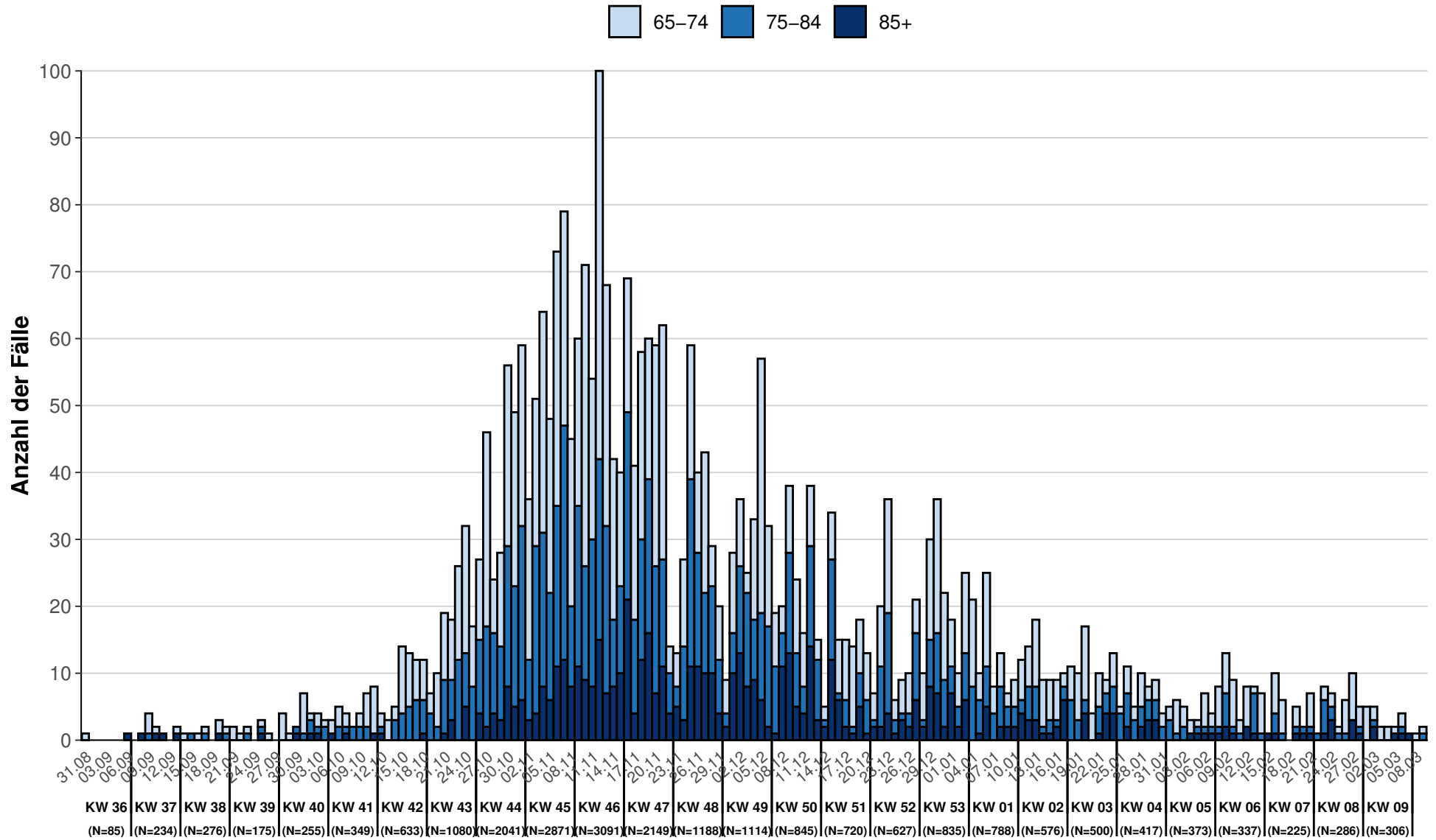


Tabelle 18: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 36, 2020 bis KW 49, 2020

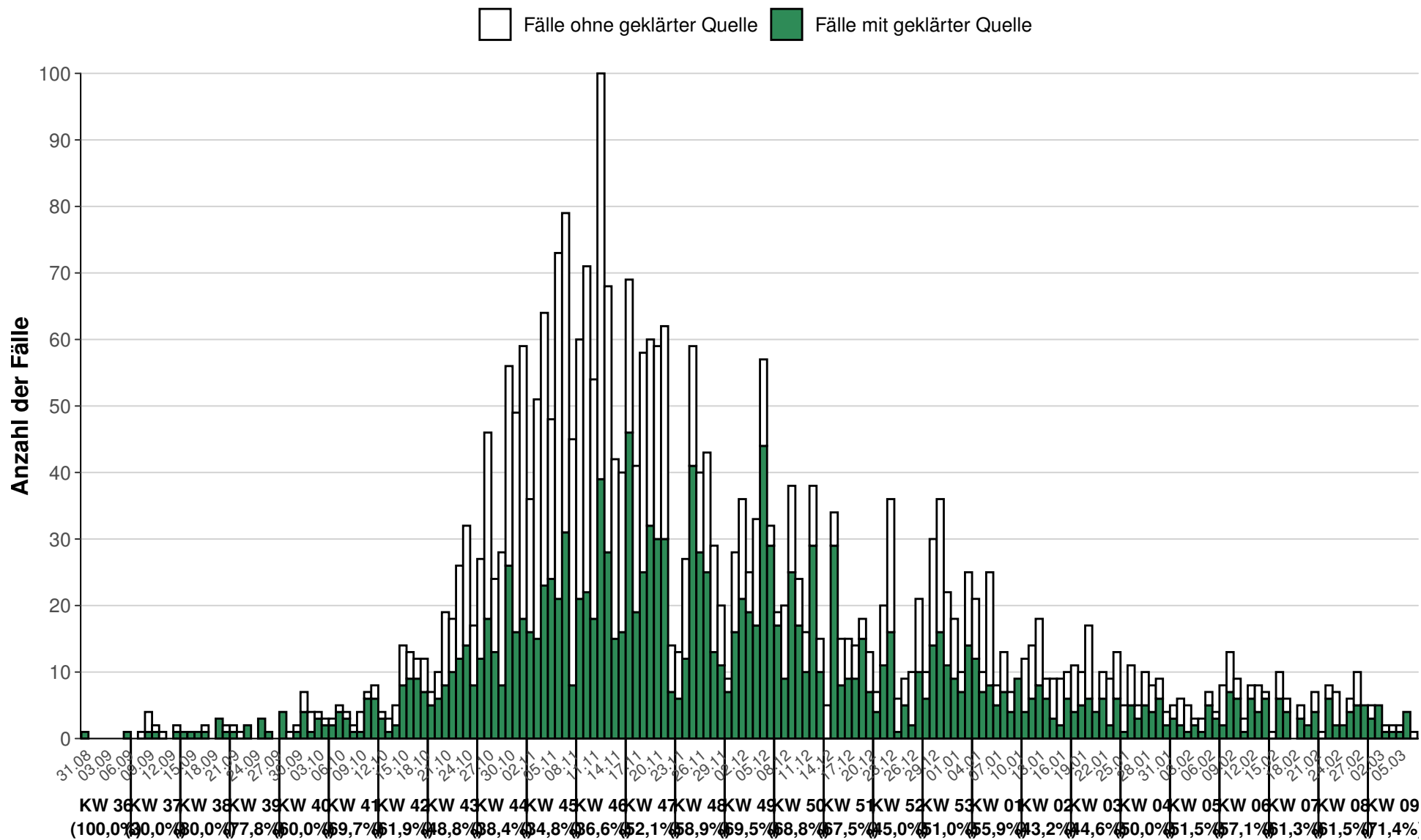
Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48	KW 49
<25	32,94%	43,16%	30,43%	37,71%	33,33%	36,39%	28,75%	26,94%	22,59%	21,73%	23,00%	19,50%	16,08%	14,18%
25-44	29,41%	35,04%	34,78%	32,57%	32,16%	30,09%	31,44%	30,19%	31,55%	31,70%	30,41%	30,57%	31,14%	30,79%
45-64	35,29%	17,52%	31,16%	24,57%	24,71%	24,07%	29,86%	30,93%	31,70%	32,78%	32,51%	33,04%	33,33%	35,28%
65+	2,35%	4,27%	3,62%	5,14%	9,80%	9,46%	9,95%	11,94%	14,16%	13,79%	14,07%	16,89%	19,44%	19,75%

Tabelle 19: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 50, 2020 bis KW 09, 2021

Altersgruppe	KW 50	KW 51	KW 52	KW 53	KW 01	KW 02	KW 03	KW 04	KW 05	KW 06	KW 07	KW 08	KW 09
<25	20,59%	17,92%	18,98%	18,44%	21,45%	20,66%	22,00%	23,26%	27,61%	25,52%	31,11%	26,57%	27,45%
25-44	27,46%	32,22%	31,42%	30,78%	33,88%	32,81%	28,60%	31,18%	31,90%	26,71%	30,67%	30,07%	33,33%
45-64	31,83%	34,03%	32,22%	32,69%	32,87%	32,47%	34,60%	33,09%	31,64%	31,16%	24,44%	29,72%	32,35%
65+	20,12%	15,83%	17,38%	18,08%	11,80%	14,06%	14,80%	12,47%	8,85%	16,62%	13,78%	13,64%	6,86%

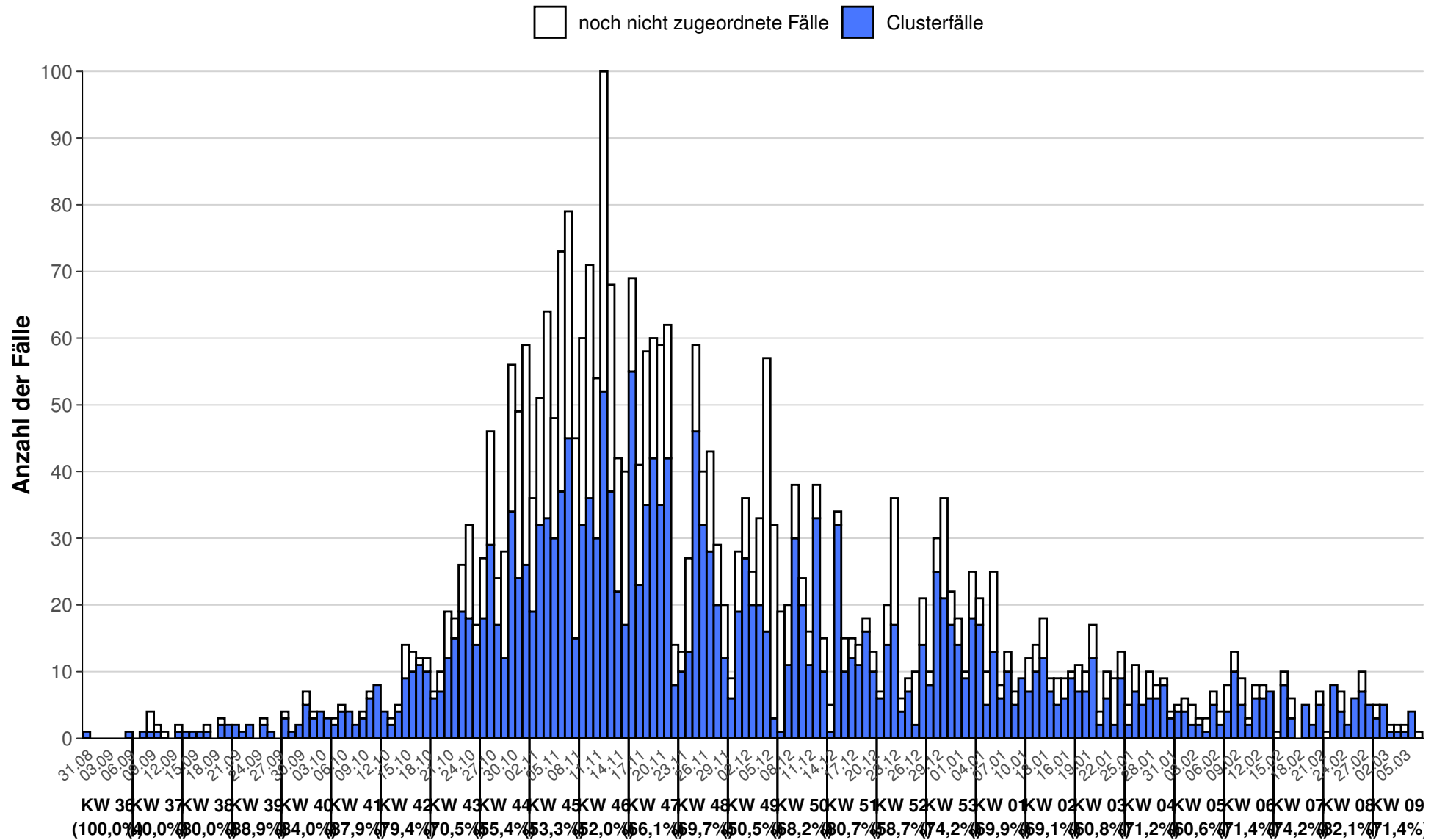
Geklärte Fälle

Abbildung 91: Vorarlberg, Fälle mit geklärter Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 92: Vorarlberg, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 93: Vorarlberg, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

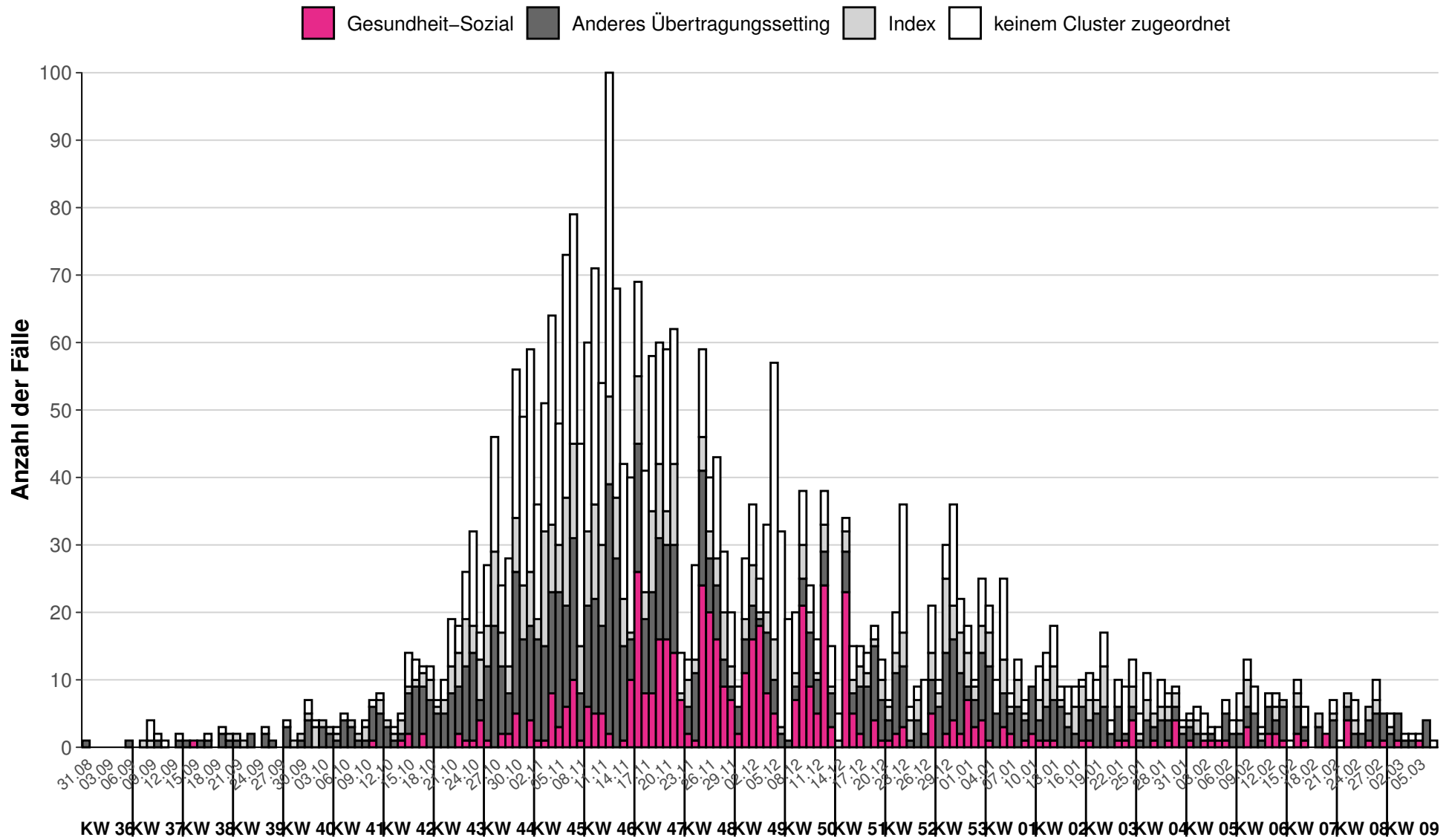


Abbildung 94: Vorarlberg, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

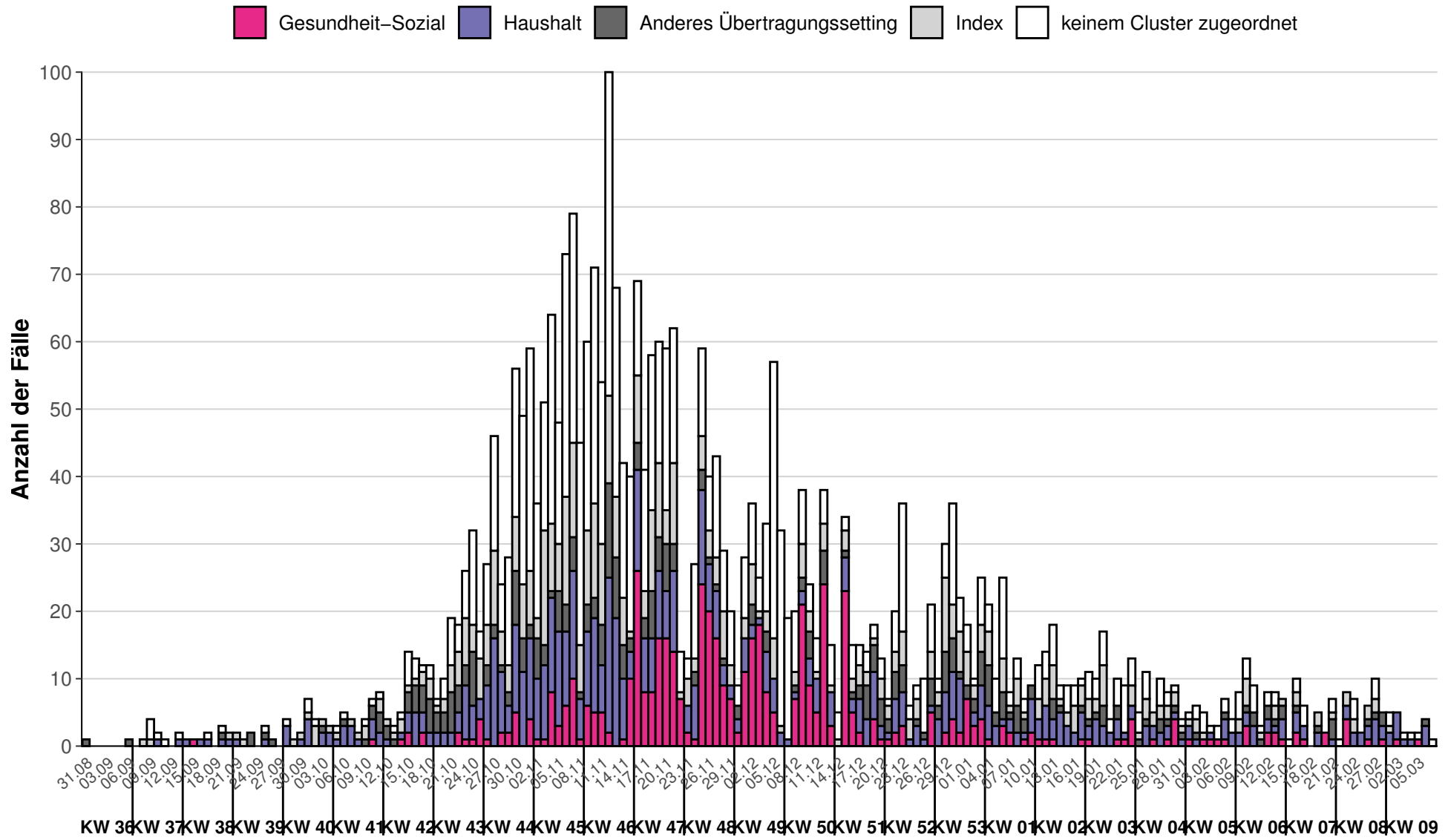


Abbildung 95: Vorarlberg, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales.
A: Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

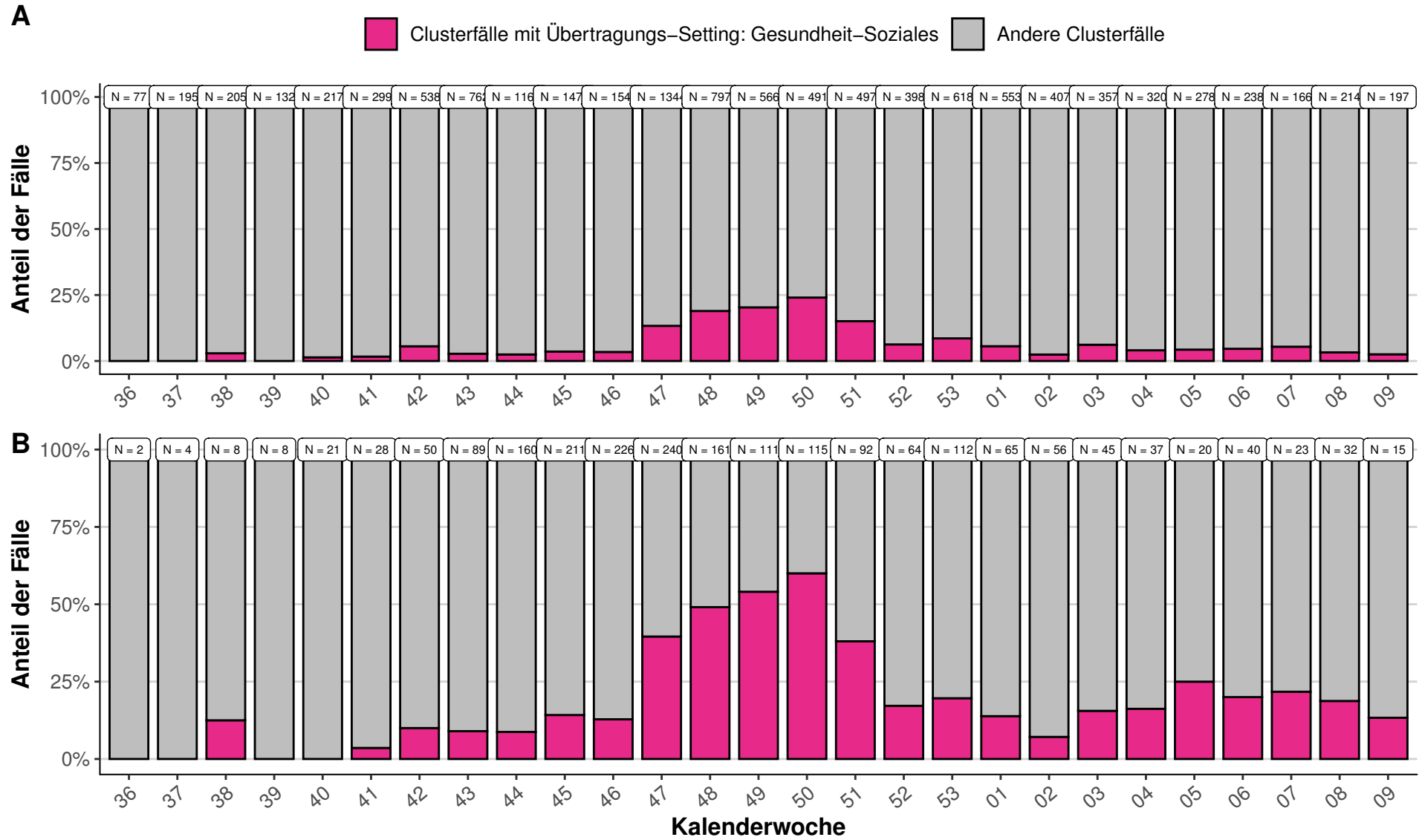


Abbildung 96: Vorarlberg, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen; KW KW 08, 2021 und KW KW 09, 2021 noch in Arbeit

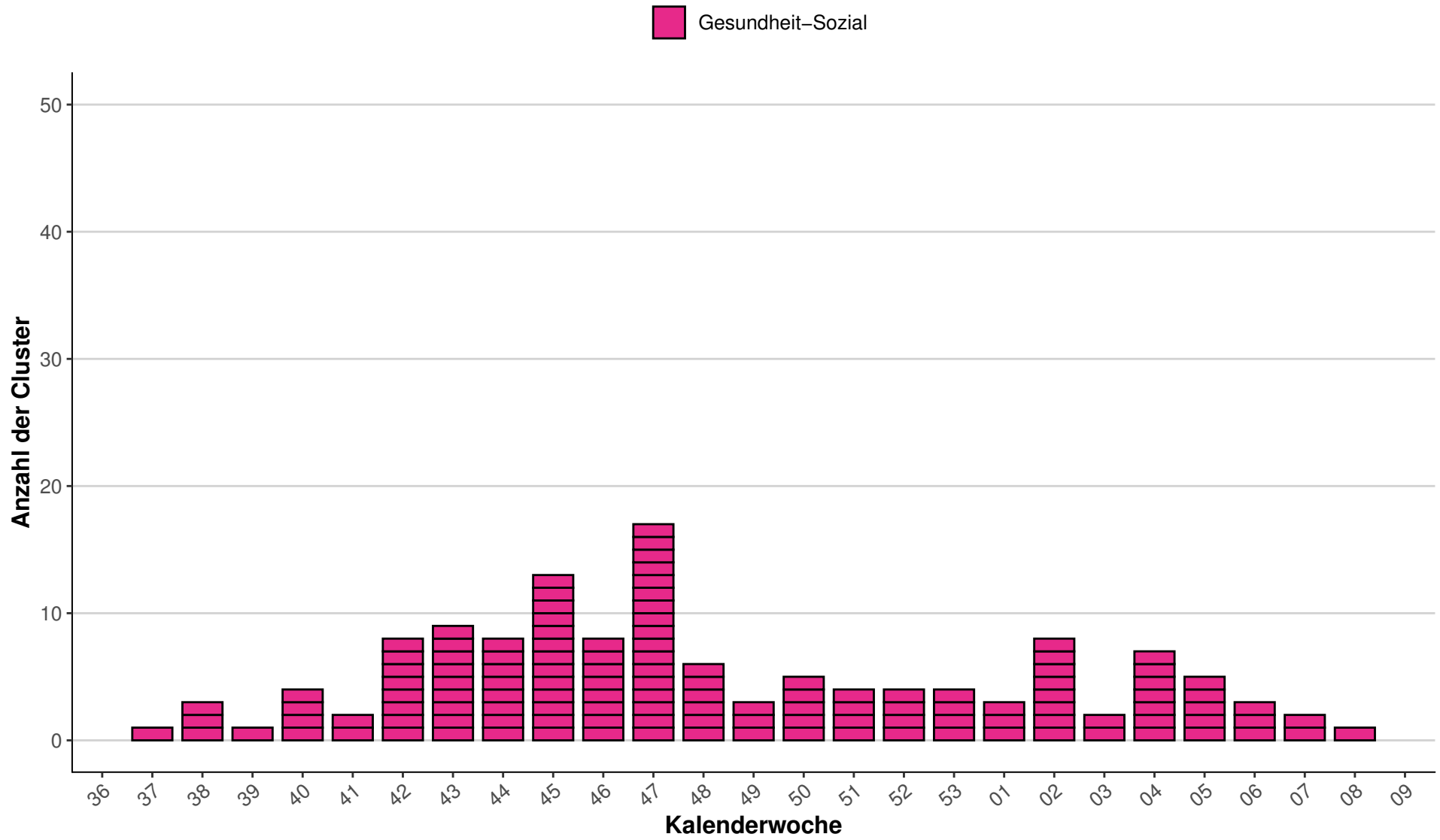
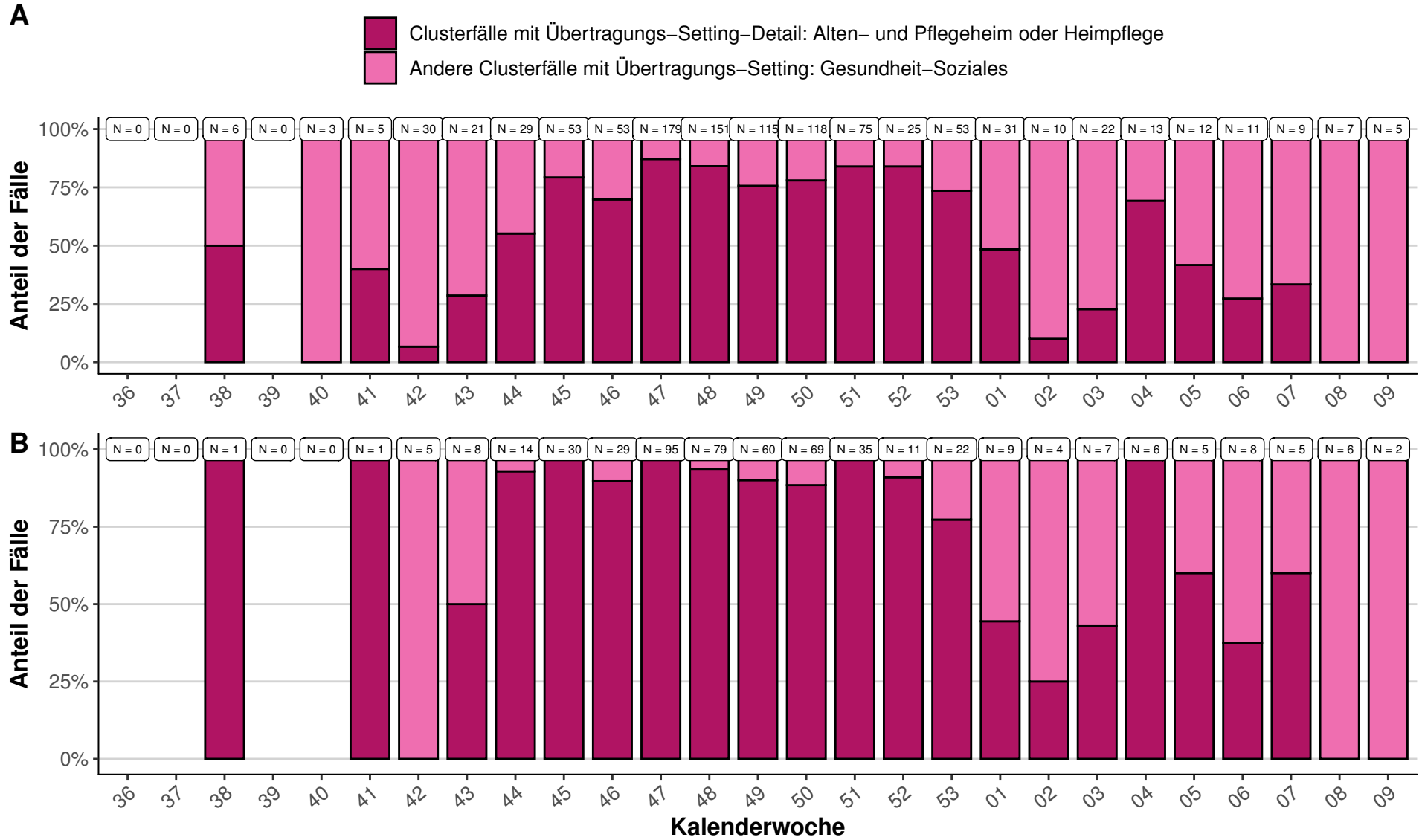


Abbildung 97: Vorarlberg, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.



100

10.03.2021

Abbildung 98: Vorarlberg, prozentuale Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36, 2020 - KW 09, 2021.

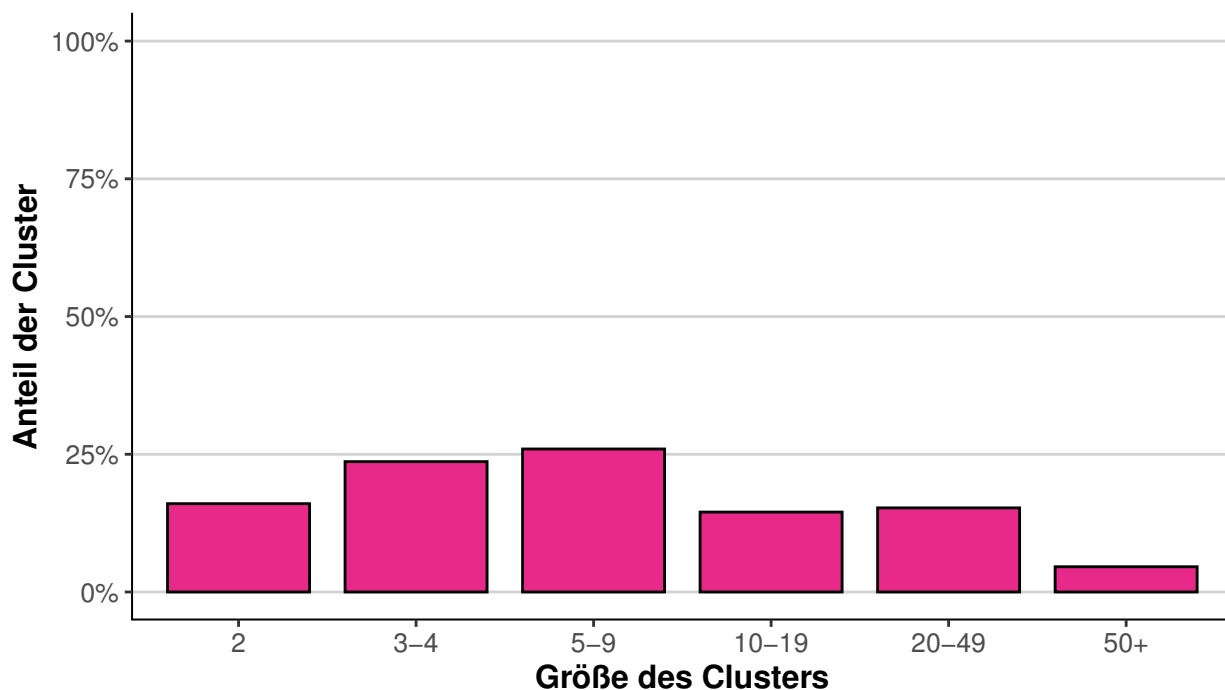
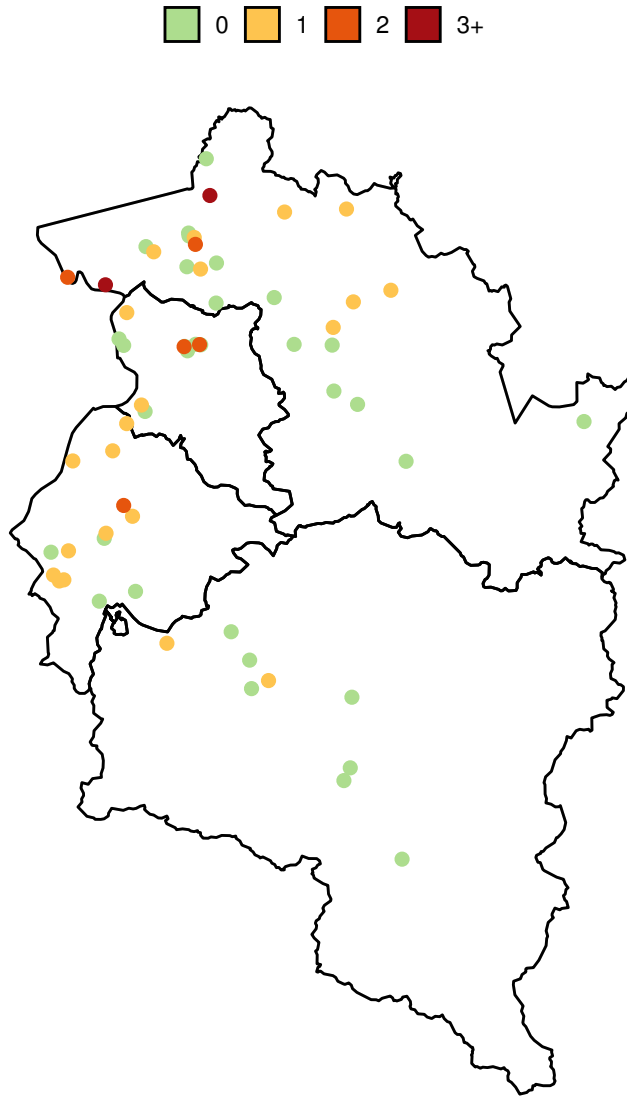


Abbildung 99: Vorarlberg, prozentuale Verteilung von Cluster mit mindesten einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales, von Haushalt-Clustern (singulär), von Bildungscluster (singulär) und Clustern, die keiner dieser Kriterien erfüllen innerhalb der Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle), KW 36, 2020 - KW 09, 2021 (KW 09, 2021 noch in Aufklärung bez. Cluster)



Geographische Verteilung

Abbildung 100: Vorarlberg, Geographische Verteilung der in Cluster involvierten Alten-, Pflegeheimen/Seniorenresidenzen, Farbgebung illustriert die Häufigkeit der Cluster-Involvierung, KW 36, 2020 - KW 09, 2021.



Wien

Abbildung 101: Wien, Fälle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose aufgeteilt in Altersgruppen 65-74, 75-84 und 85+; Kalenderwoche 36 und Folgende. Die kumulative Fallzahl jeder Kalenderwoche wird mit N in Klammer angegeben.

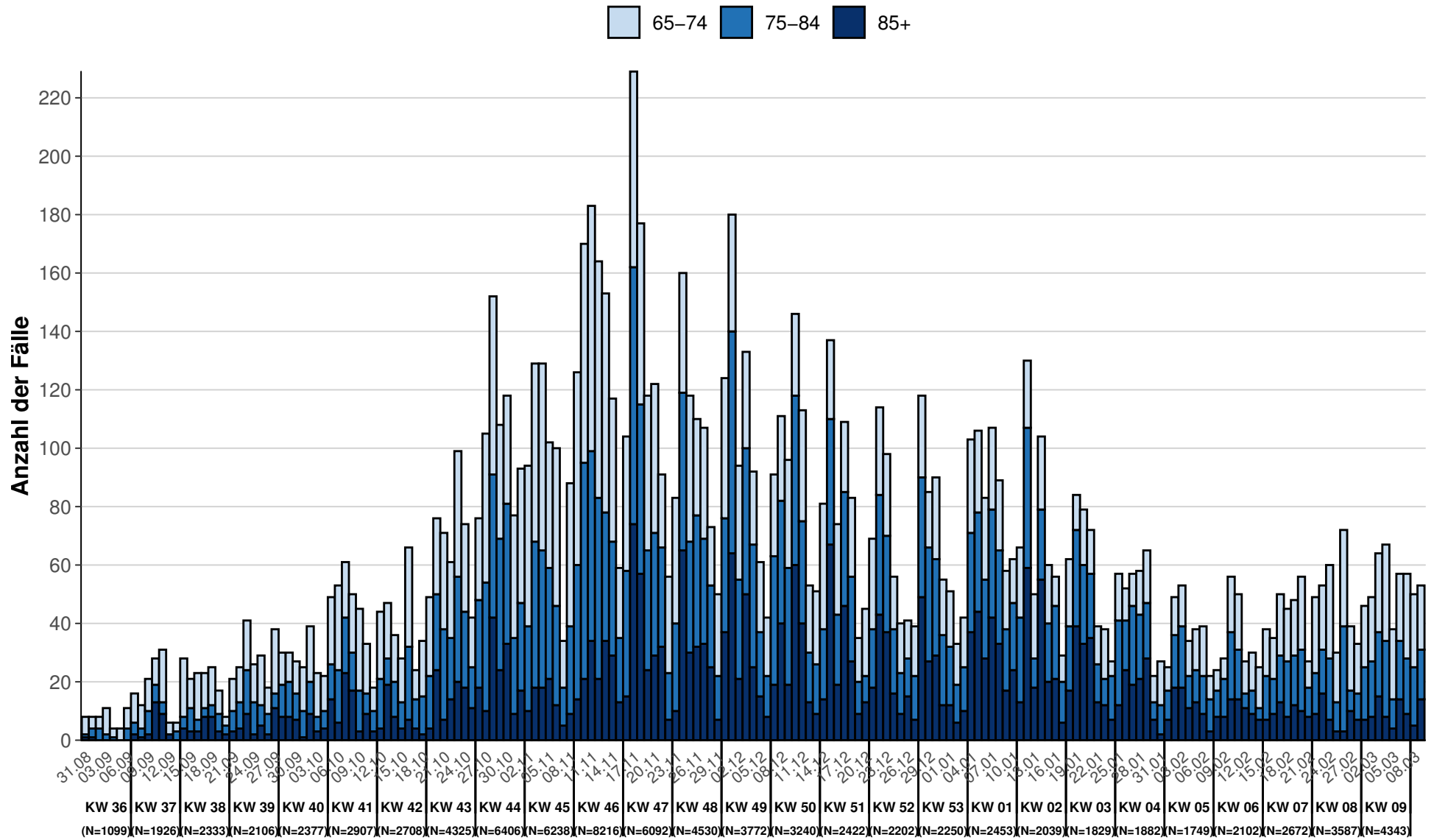


Tabelle 20: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 36, 2020 bis KW 49, 2020

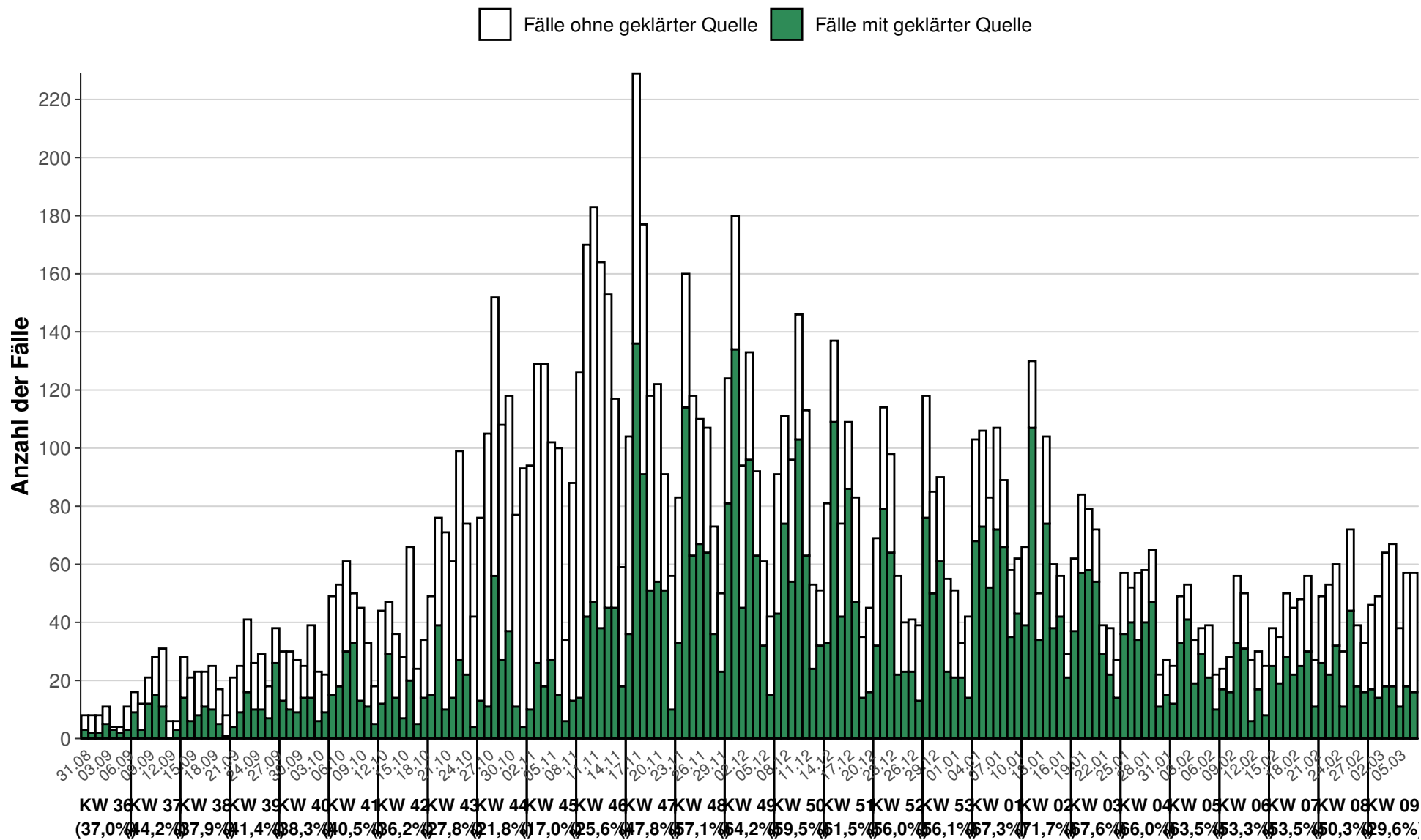
Altersgruppe	KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48	KW 49
<25	31,21%	34,16%	34,63%	29,39%	30,75%	31,06%	29,39%	25,48%	23,18%	21,88%	23,24%	22,92%	22,27%	19,06%
25-44	39,76%	37,28%	38,96%	36,99%	36,73%	33,71%	32,57%	37,27%	38,40%	38,47%	36,68%	34,90%	34,97%	32,95%
45-64	24,11%	22,33%	20,19%	24,22%	24,27%	24,60%	27,73%	26,34%	27,04%	28,81%	28,25%	27,46%	27,28%	28,74%
65+	4,91%	6,23%	6,22%	9,40%	8,25%	10,63%	10,30%	10,91%	11,38%	10,84%	11,83%	14,72%	15,47%	19,25%

Tabelle 21: Österreich, prozentuelle Verteilung von SARS-COV2 Infektionen nach Altersgruppe und Kalenderwoche; KW 50, 2020 bis KW 09, 2021

Altersgruppe	KW 50	KW 51	KW 52	KW 53	KW 01	KW 02	KW 03	KW 04	KW 05	KW 06	KW 07	KW 08	KW 09
<25	18,92%	18,29%	20,21%	18,44%	15,61%	18,20%	18,43%	21,04%	22,07%	27,26%	29,38%	30,44%	30,69%
25-44	32,50%	30,51%	32,43%	33,47%	33,27%	31,04%	31,22%	32,68%	34,53%	33,92%	34,84%	35,57%	35,78%
45-64	28,18%	27,91%	26,61%	27,02%	26,34%	26,48%	28,43%	28,32%	28,53%	27,40%	24,59%	24,62%	24,82%
65+	20,40%	23,29%	20,75%	21,07%	24,79%	24,28%	21,92%	17,96%	14,87%	11,42%	11,19%	9,37%	8,70%

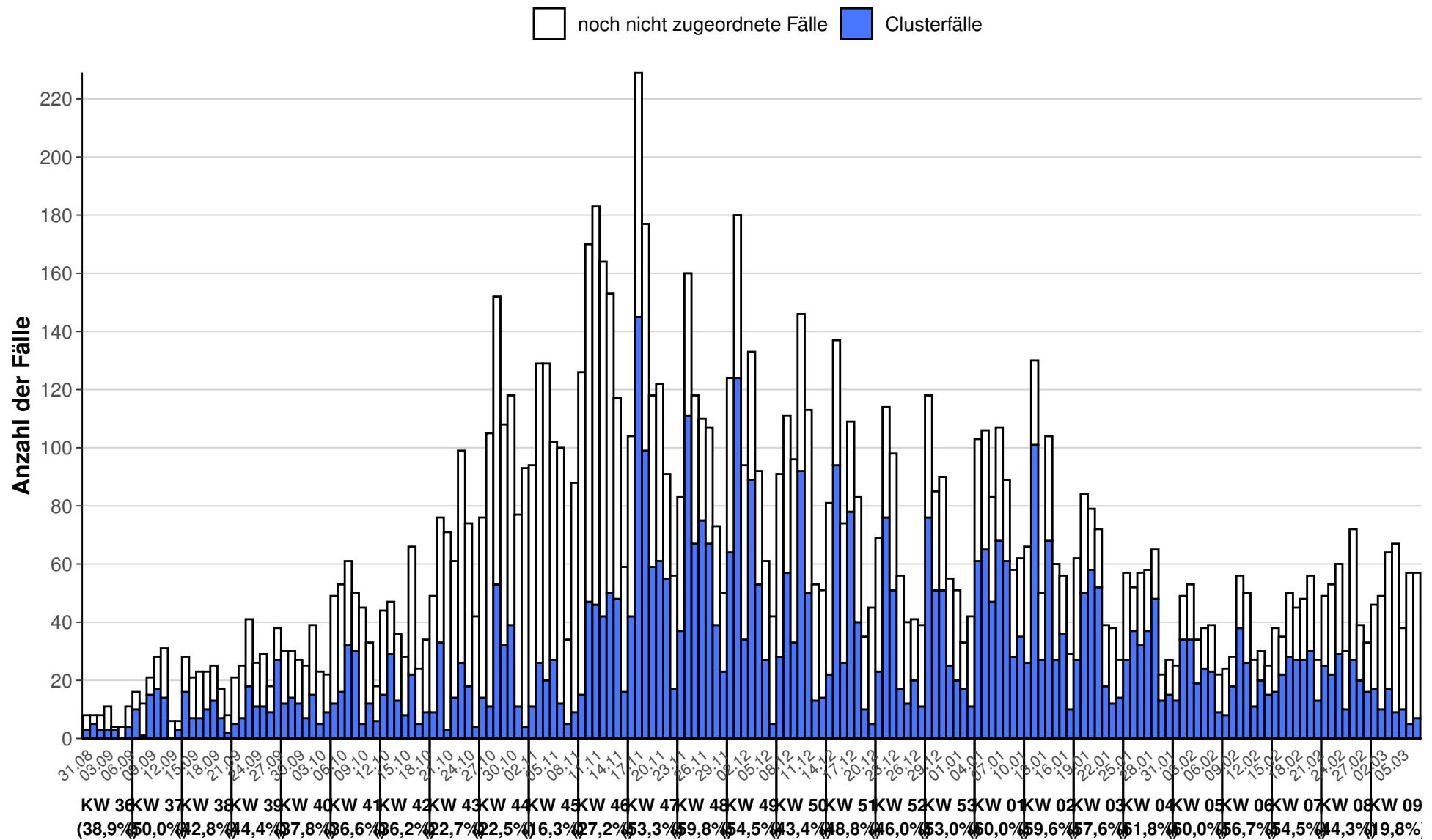
Geklärtc Fälle

Abbildung 102: Wien, Fälle mit geklärcr Quelle der ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der hinsichtlich ihrer Infektionsquelle abgeklärten Fälle in Klammer.



Clusterfälle

Abbildung 103: Wien, Clusterfälle und Fälle, deren Quelle noch in Abklärung ist bei den ≥ 65-Jährigen nach Tag der ersten Labordiagnose ab Kalenderwoche 36; prozentuelle Anteil der Clusterfälle in Klammer.



Übertragungs-Setting: Gesundheit & Soziales

Abbildung 104: Wien, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65-Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

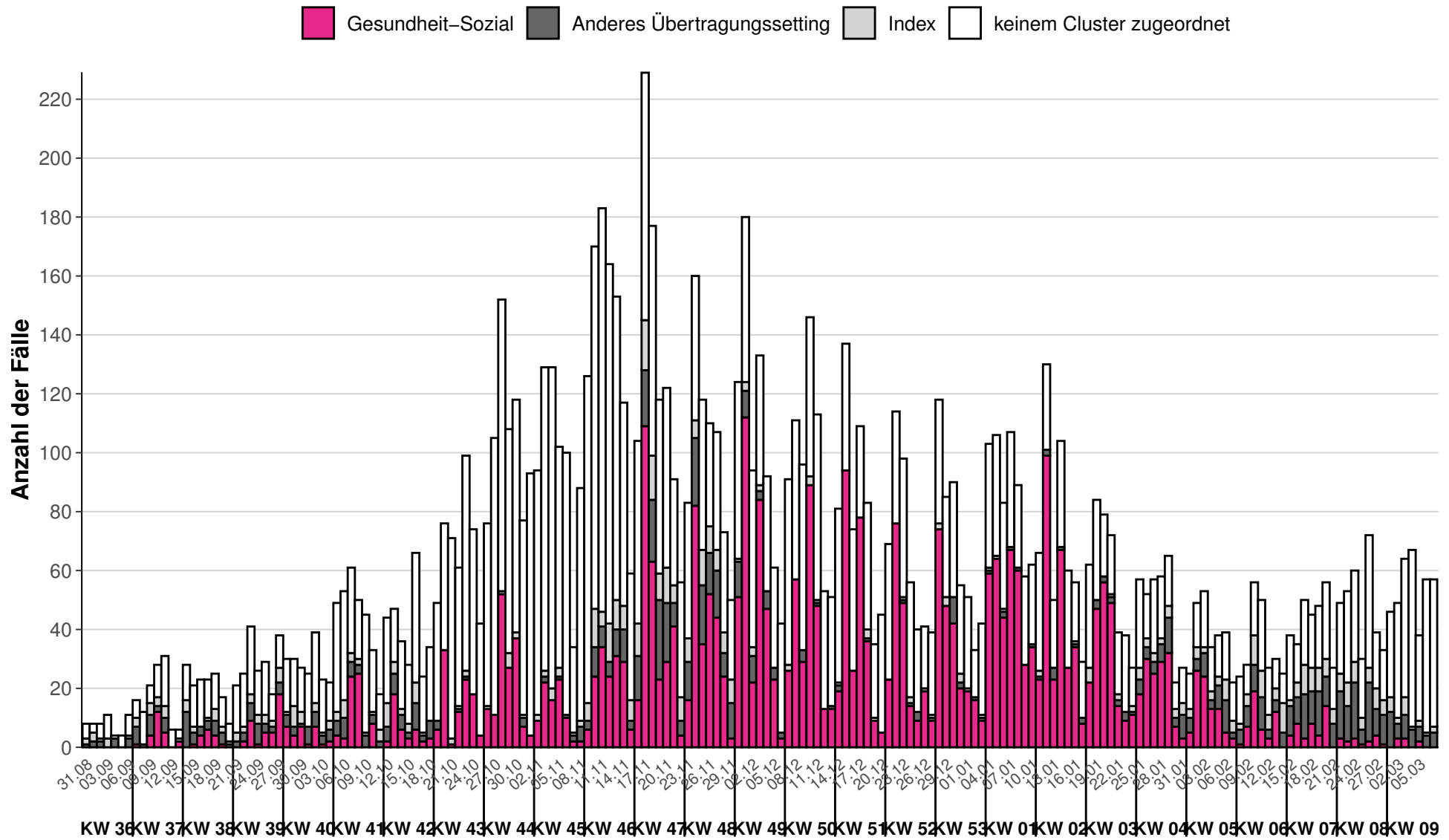


Abbildung 105: Wien, Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65 -Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, Haushalt, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.

■ Gesundheit-Sozial
 ■ Haushalt
 ■ Anderes Übertragungssetting
 ■ Index
 keinem Cluster zugeordnet

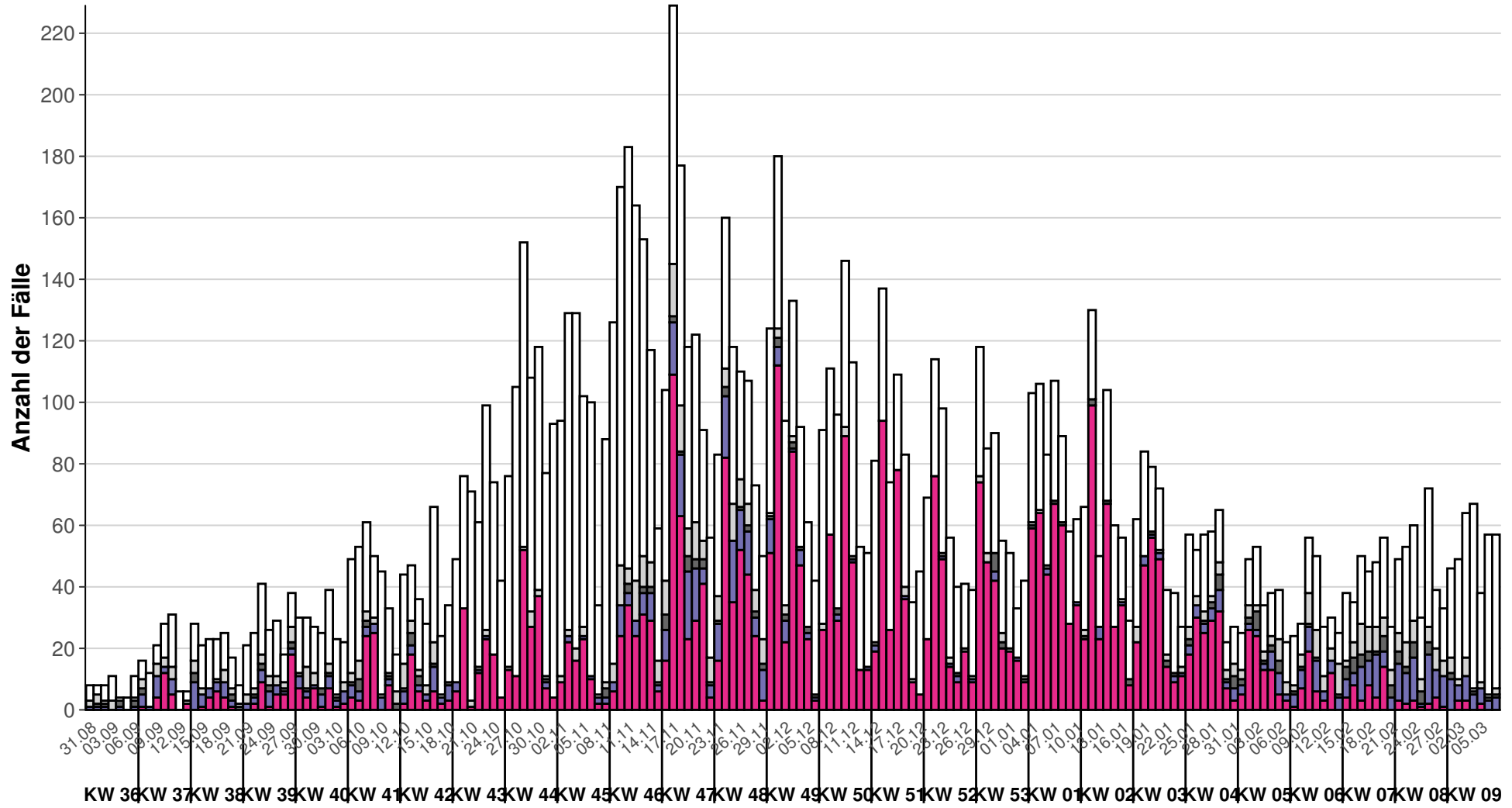


Abbildung 106: Wien, Clusterfälle gesamt nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

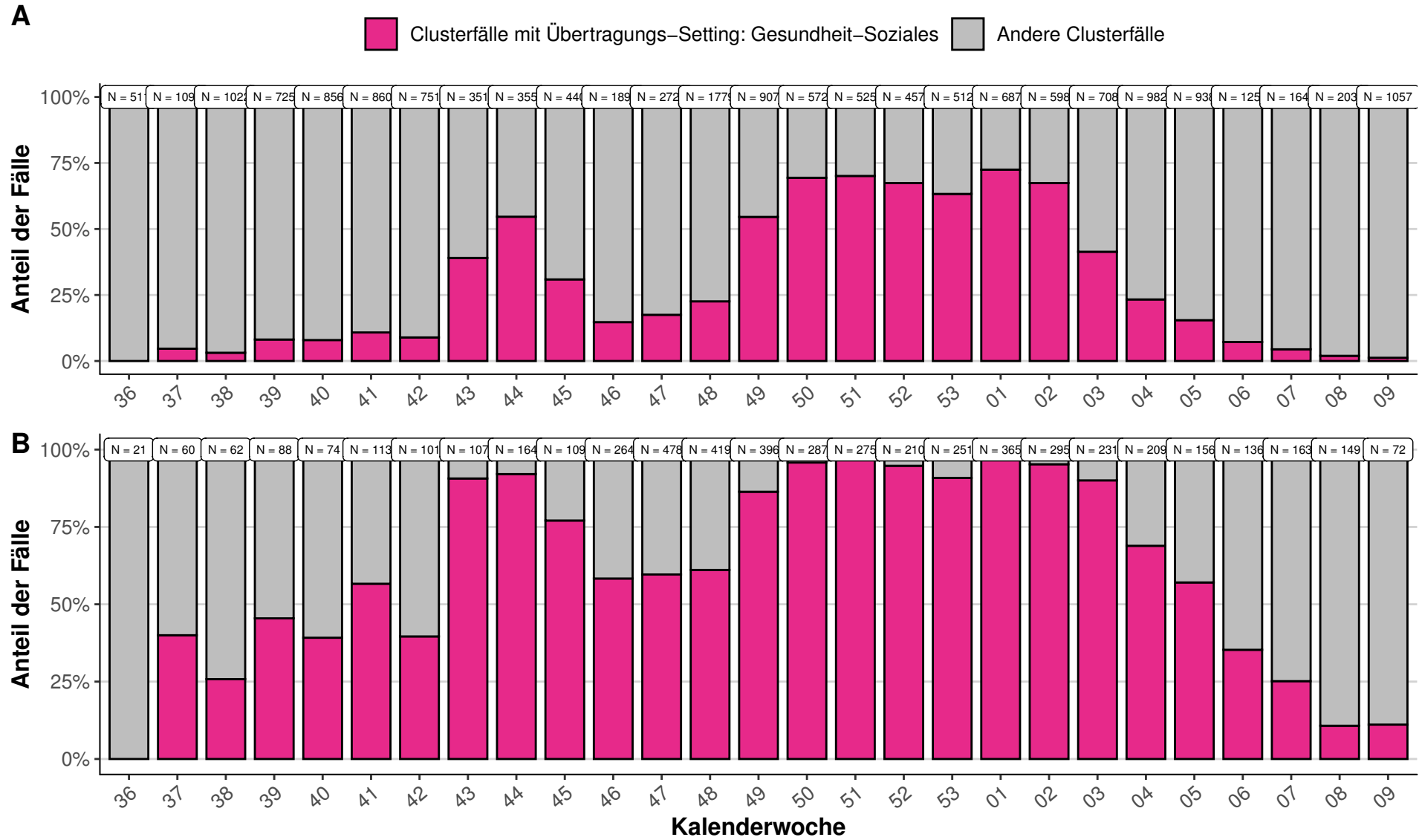


Abbildung 107: Wien, Anzahl der Cluster, die mindestens einen Fall mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales beinhalten für alle Altersgruppen; KW KW 08, 2021 und KW KW 09, 2021 noch in Arbeit

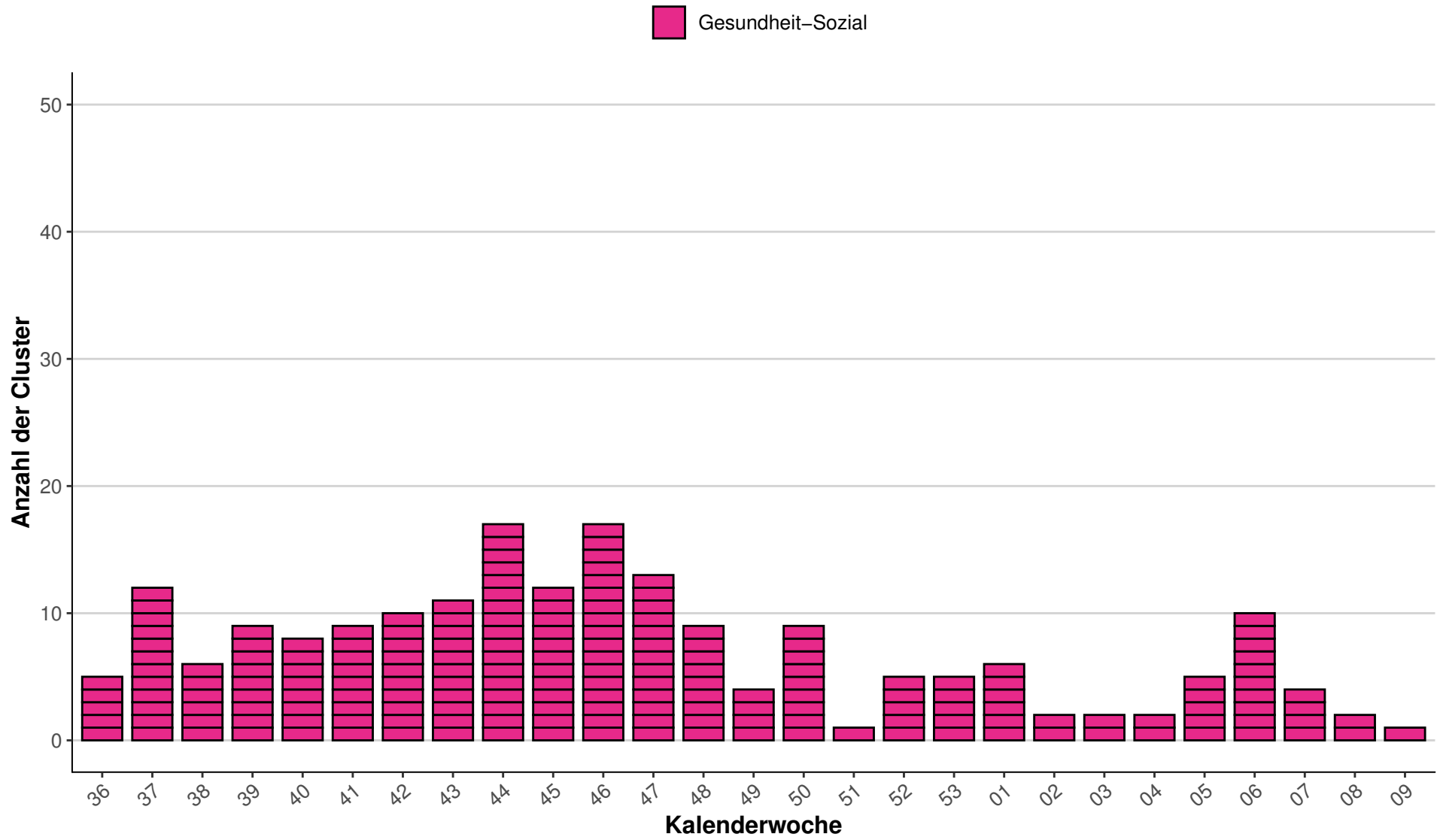


Abbildung 108: Wien, Clusterfälle mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales nach Kalenderwoche der Labordiagnose; prozentueller Anteil der Clusterfälle mit Sub-Setting Alten-/Pflegeheim oder Heimpflege. **A:** Alle Altersgruppen. **B:** ≥ 65-Jährige.

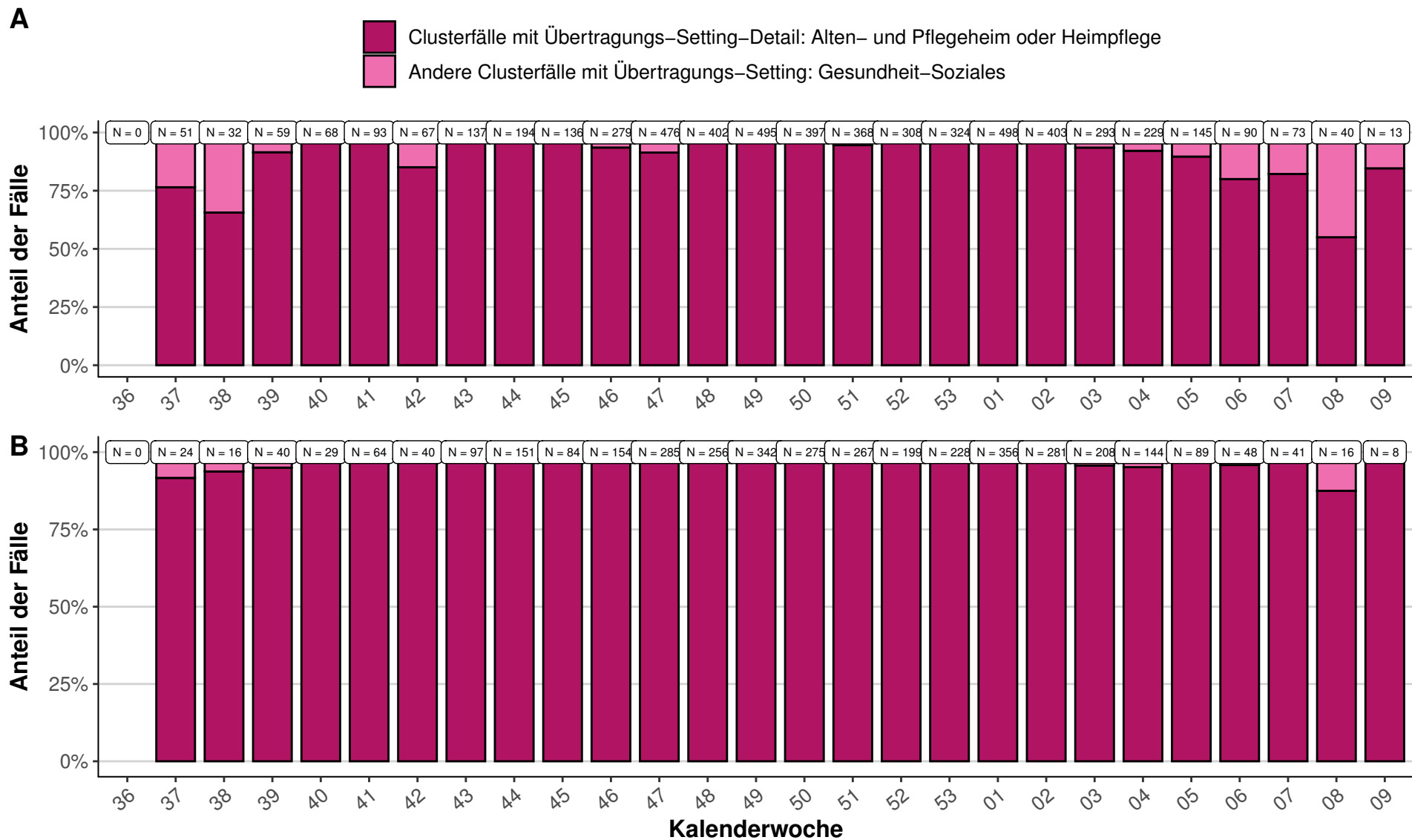


Abbildung 109: Wien, prozentuale Verteilung der Cluster mit mindestens einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales nach Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle); KW 36, 2020 - KW 09, 2021.

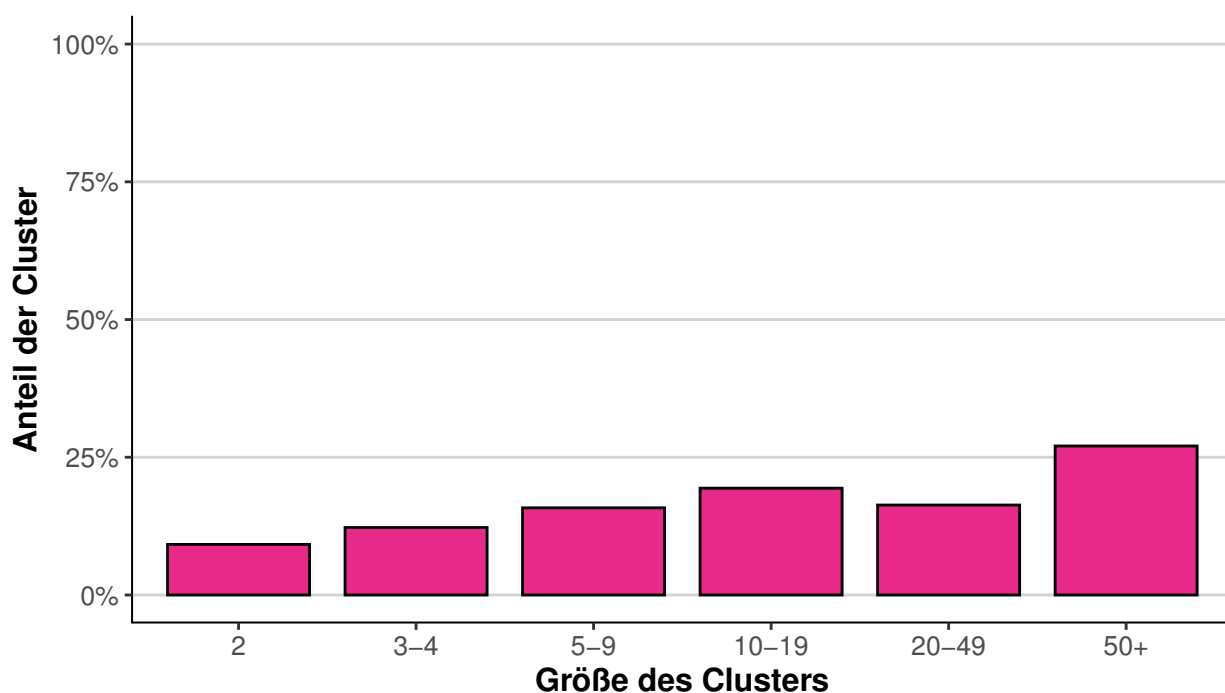
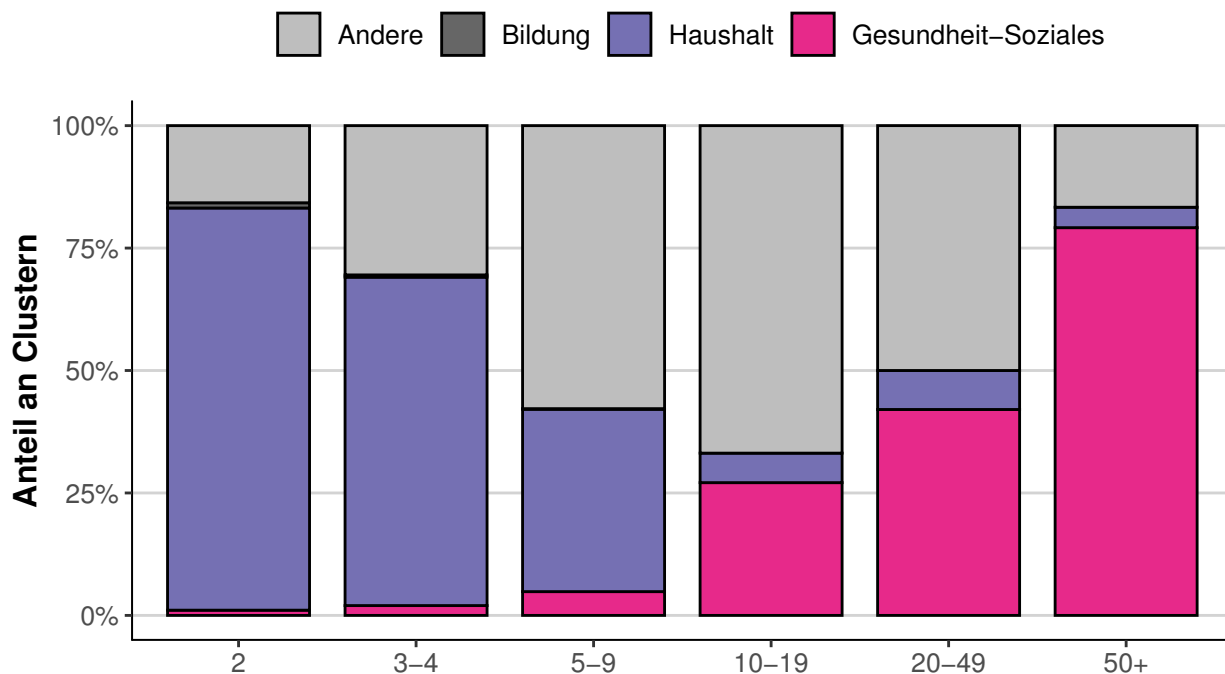
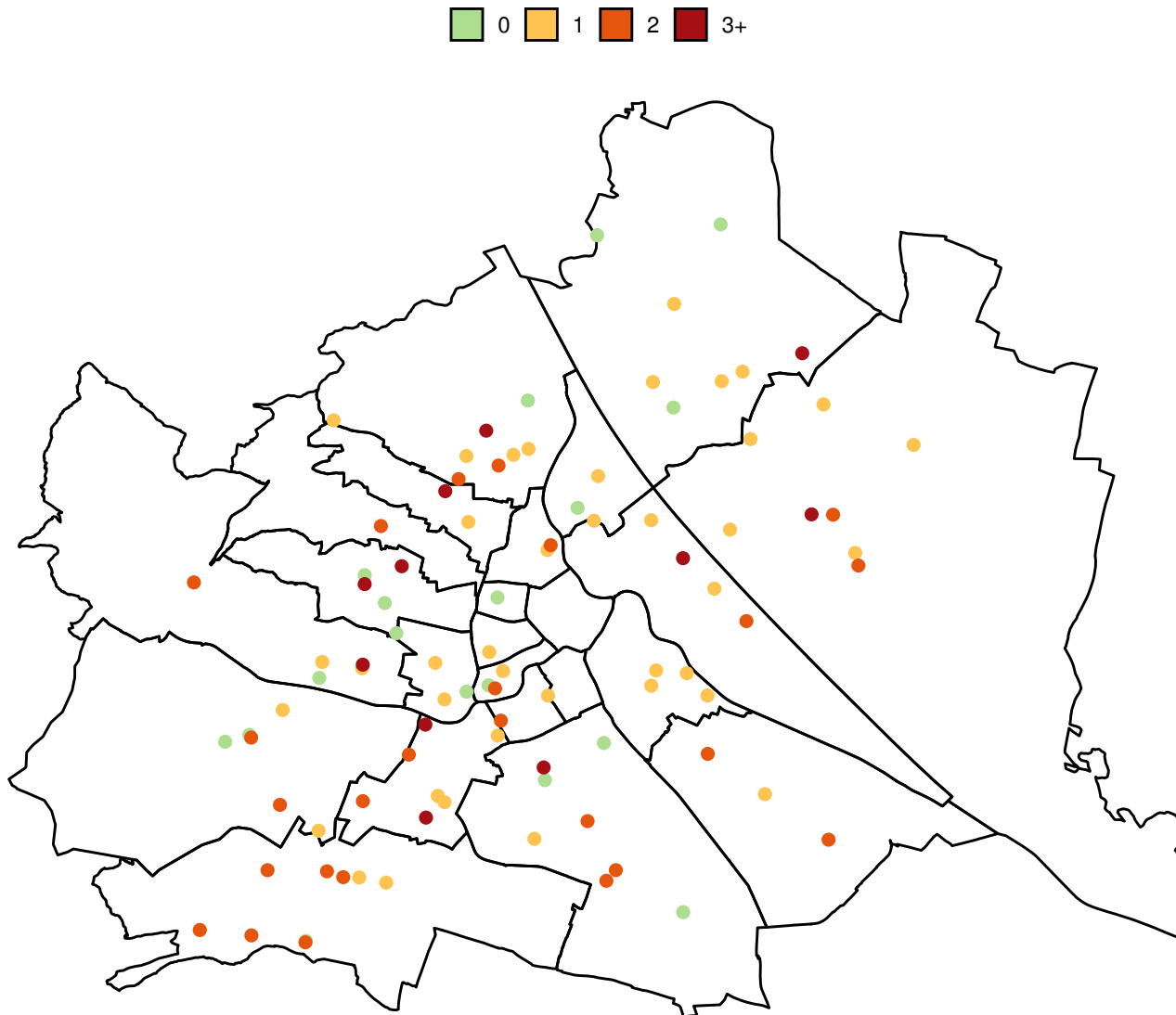


Abbildung 110: Wien, prozentuale Verteilung von Cluster mit mindesten einem Fall generiert im Setting Gesundheit & Soziales, von Haushalt-Clustern (singulär), von Bildungscluster (singulär) und Clustern, die keiner dieser Kriterien erfüllen innerhalb der Cluster-Größen Kategorien (2, 3-4, 5-9, 10-19, 20-49 und 50+ Fälle), KW 36, 2020 - KW 09, 2021 (KW 09, 2021 noch in Aufklärung bez. Cluster)



Geographische Verteilung

Abbildung 111: Wien, Geographische Verteilung der in Cluster involvierten Alten-, Pflegeheimen/Seniorenresidenzen, Farbgebung illustriert die Häufigkeit der Cluster-Involvierung, KW 36, 2020 - KW 09, 2021.



Rechtliche Begründung zur 2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung

Allgemeines:

Aufgrund der mit der COVID-19-Notmaßnahmenverordnung (COVID-19-NotMV), BGBl. II Nr. 479/2020, verhängten Maßnahmen kam es zu einer Stabilisierung des Infektionsgeschehens dahingehend, dass nun erste Öffnungsschritte gesetzt werden können. Die Lage in den Intensivstationen und Krankenanstalten ist aber weiterhin angespannt, sodass noch immer von einem drohenden Zusammenbruch der medizinischen Versorgung auszugehen ist. Aufgrund des generell hohen Niveaus an Infektionen in der Bevölkerung kann eine zu frühe Lockerung der Maßnahmen insbesondere sehr schnell wieder zu einer unkontrollierten Verbreitung und Überlastung der medizinischen Versorgungseinrichtungen führen. Aus diesem Grund liegen die Voraussetzungen für eine Verhängung von Ausgangsbeschränkungen im Sinne des § 5 COVID-19-MG weiterhin vor. Im Sinne der Verhältnismäßigkeit kann die Ausgangsbeschränkung jedoch nunmehr wieder auf eine nächtliche Beschränkung reduziert werden.

Im Hinblick auf das hohe epidemiologische Grundgeschehen müssen die Lockerungen sehr behutsam vorgenommen und deren Auswirkungen streng beobachtet werden. Im Sinne der Grundwertung der COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung (COVID-19-SchuMaV), BGBl. II Nr. 472/2020 (im Folgenden: 1. COVID-19-SchuMaV), betreffen die ersten Lockerungsschritte vor allem das Wirtschaftsleben; dies jedoch vor dem Hintergrund des oben Gesagten zum Teil unter strengeren Voraussetzungen und Auflagen als nach der 1. COVID-19-SchuMaV.

Zu den einzelnen Maßnahmen:

Zu § 1:

Die Einhaltung des Mindestabstandes und das Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung in geschlossenen Räumen sind die zentralen seuchenrechtlichen Maßnahmen an öffentlichen Orten zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19. Die Eignung dieser Maßnahmen ergibt sich bereits aus den Eigenschaften des Virus selbst (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=83DF97B14552F9947729200BA3E1F43F.internet062). Die Effektivität dieser Maßnahmen wurde bereits durch zahlreiche Studien bestätigt und entspricht insoweit dem Stand der Wissenschaft.

Zu § 2:

Die Ausgangsbeschränkungen entsprechen (mit einer Ausnahme) im Wesentlichen jenen der COVID-19-NotMV. Sie werden aber im Lichte der Besserung der epidemiologischen Situation insoweit gelockert, als sie nur mehr zwischen 20.00 und 6.00 gelten. Ein gänzlicher Entfall der Ausgangsbeschränkungen ist vor dem Hintergrund der unvermindert aufrechten Gefahr einer Überlastung der medizinischen Versorgung derzeit noch nicht möglich. Unter Berücksichtigung der weitreichenden Ausnahmen (für physische und psychische Erholung, für berufliche Zwecke für kleine Zusammenkünfte) soll durch die Ausgangsbeschränkungen insbesondere dem nächtlichen Risikoverhalten (Party, Treffen mit Alkoholkonsum) begegnet werden (siehe zum Ganzen auch die Rechtliche Begründung zur 1. COVID-19-SchuMaV).

Eine weitere Lockerung betrifft nun auch die Z 3 lit. a sublit. cc, der beim Kontakt zu einzelnen wichtigen Bezugspersonen nun nicht mehr auf einen in der Regel mehrmals wöchentlichen physischen Kontakt abstellt. Vielmehr genügt nunmehr auch ein mehrmals wöchentlicher nicht-physischer (zB virtueller) Kontakt. Mit der Erleichterung wird in Abwägung mit dem Grundrecht auf Privat- und Familienleben gemäß Art. 8 EMRK auch die physische Kontaktaufnahme zu wichtigen Bezugspersonen ermöglicht, mit denen längere Zeit kein solcher bestanden hat. Festzuhalten bleibt jedoch insbesondere in Verbindung mit der Beschränkung auf wichtige Bezugspersonen (siehe dazu die Rechtliche Begründung zur 1. Novelle der COVID-19-NotMV), dass es sich um einen verdichteten Kontakt und eine tiefe Verbindung handeln muss.

Zu den §§ 3 und 4:

Siehe dazu die Rechtlichen Erläuterungen zur COVID-19-NotMV.

Zu § 5:

Die Betretungsverbote für Betriebsstätten des Handels und Betriebsstätten, an denen körpernahe Dienstleistungen erbracht werden, werden aufgehoben. Die Voraussetzungen für das Betreten der Kundenbereich entsprechen jenen der 1. COVID-19-SchuMaV.

Für baulich verbundene Betriebsstätten werden jedoch die Voraussetzungen für das Betreten verschärft. Damit soll zum einen – während des Lockdown zu beobachtenden – sozialen Zusammenkünften (insbesondere von Jugendlichen) bzw. einer Verlagerung des gesellschaftlichen Lebens auf Einkaufszentren entgegengewirkt werden. Zum anderen sollen die von dichten Menschenansammlungen ausgehenden epidemiologischen Gefahren beim Einkaufen minimiert werden. Insbesondere der vor dem Lockdown wahrnehmbare und in der Vorweihnachtszeit zu erwartende Kundenandrang in Einkaufszentren muss bestmöglich kontrolliert werden, um die Anzahl der sozialen Kontakte den Umständen entsprechend auf einem vertretbaren Niveau zu halten.

Diesem Ziel der Vermeidung eines Kundenandrangs in Einkaufszentren, die sich speziell als Besuchermagnet herausgestellt haben, wird man am besten durch eine Beschränkung der höchstzulässigen Personenanzahl gerecht. Im Vergleich zur Vorgängerregelung wird für Einkaufszentren eine Verschärfung dahingehend vorgenommen, als nunmehr 10 m² pro Kunde – ausgehend von der Gesamtfläche aller Kundenbereiche der Betriebsstätten ohne Berücksichtigung des Verbindungsbauwerks – zur Verfügung stehen müssen. Es wird nicht verkannt, dass es sich hierbei um eine empfindliche Verringerung des Kundenaufkommens handelt. Diese Maßnahme ist jedoch erforderlich, um ein Zusammenkommen epidemiologisch bedenklicher Menschenmassen zu verhindern. Gelindere Maßnahmen (in Form einer weniger starken Beschränkung der höchstzulässigen Personenzahlen) stünden in einem Missverhältnis zu den sonstigen Anordnungen der Verordnung und würden zu einer Schieflage im Gesamtgefüge der angeordneten Maßnahmen führen. Als flankierende Maßnahmen werden die Betreiber von Einkaufszentren zur Erstellung und Umsetzung eines Präventionskonzepts verpflichtet. Dies soll zum einen gewährleisten, dass die verminderten Personenhöchstgrenzen nicht zu Staus vor den Einkaufszentren und damit einer bloßen Verlagerung des Kundenandrangs führen, zum anderen, dass die Kundenströme geordnet gelenkt werden. Eine Verringerung der Personenhöchstzahl alleine kann das Ziel der Verhinderung von Menschenansammlungen nicht erreichen, wenn eine ungleiche und unkontrollierte Verteilung der Kunden innerhalb des Einkaufszentrums stattfindet. Insbesondere muss das Präventionskonzept auch Regelungen zur Verhinderung veranstaltungsähnlicher Zusammenkünfte enthalten. Damit müssen vor

allem Rabattaktionen, Eröffnungen oder besonderer Angebote so ausgestaltet werden, dass sie nicht zu einem epidemiologisch bedenklichen Zusammenströmen von Menschenmassen führen.

Für Markthallen wird die bisherige Berechnungsmethode für die höchstzulässige Personenzahl beibehalten, wonach sich die Gesamtfläche aus einer Addition der Kundenbereiche und der Verbindungsbauwerke ergibt. Dies trägt der Besonderheit der Markthallen Rechnung, bei denen Verbindungsbauwerke für Verkaufsstände eine kundenbereichsähnliche Funktion haben. Angesichts dieser Unterschiede im Tatsächlichen und der Vergleichbarkeit mit sonstigen (nicht baulich verbundenen) Betriebsstätten würde eine Gleichstellung mit den Einkaufszentren (also eine Berücksichtigung nur der Fläche der Verkaufsstände) zu einer unsachlichen Ungleichbehandlung führen. Eine Berücksichtigung nur weniger Quadratmeter würde zu einem verschwindend geringen Ergebnis hinsichtlich der Personenhöchstgrenze führen.

Um eine Verlagerung des gesellschaftlichen Lebens in die Einkaufszentren zu vermeiden, wird nunmehr zusätzlich normiert, dass Kunden die Verbindungsbauwerke ausschließlich zum Zweck des Durchgangs zu den Kundenbereichen der Betriebsstätten betreten dürfen. Damit sind ein Betreten und ein Aufenthalt zu anderen Zwecken (also insbesondere zum Zweck des geselligen Zusammentreffens) untersagt. Auch das Verbot der Konsumation von Speisen und Getränken dient der größtmöglichen Reduktion der Personenzahl in Einkaufszentren, indem insgesamt der Aufenthalt auf den bloßen Einkauf reduziert wird. Die Beschränkung des Besuchs von Einkaufszentren auf den Einkaufszweck dient dem Ziel der bloß schrittweisen Erhöhung der Mobilität und der größtmöglichen Reduktion der sozialen Kontakte unter gleichzeitiger Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen.

Von einer über die baulich verbundenen Betriebsstätten hinausgehenden Maßnahmensetzung zB für Einkaufsstraßen (insbesondere von einer Verankerung der Verpflichtung zum Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung in Einkaufsstraßen im Freien) wird abgesehen, zumal sich die örtlich betroffenen Gebiete sehr schwer abstrakt beschreiben und damit kaum abgrenzen lassen. Um dem Bestimmtheitsgebot im Sinne des Art. 18 B-VG zu entsprechen, müssen derartige Beschränkungen in Verbindung mit bestimmten Ortsangaben gesetzt werden (zB Fußgängerzone Mariahilferstraße 1 bis 148). Derartige Aufzählungen scheinen in einer Bundesverordnung nicht sachgerecht, insbesondere sind sie mit dem Risiko der Unvollständigkeit und damit Gleichheitswidrigkeit behaftet. Solche Regelungen für bestimmte Orte auf der Grundlage des § 4 COVID-19-MG sollten besser auf lokaler, dh Landes- und Bezirksebene getroffen werden, zumal die örtlich zuständigen Behörden die lokalen Gegebenheiten und die Erfordernisse derartiger Beschränkungen besser einschätzen können.

Die Öffnungszeitenregelung wird zum Zweck der Flankierung der abendlichen Ausgangsregelung beibehalten (siehe dazu die Rechtliche Begründung zur 1. COVID-19-SchuMaV).

Zu § 6:

Das Verbot des Betretens von Arbeitsorten zur Erbringung körpernaher Dienstleistungen wird wieder aufgehoben. Für körpernahe Dienstleistungen gelten die allgemeinen Bestimmungen für Arbeitsorte, insbesondere die Verpflichtung zum Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden und eng anliegenden mechanischen Schutzvorrichtung (§ 6 Abs. 3). Flankierend wird ein Verbot der Konsumation von Speisen und Getränken verankert, um sicherzustellen, dass die den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung durchgehend getragen wird. Diese Maßnahme dient somit der größtmöglichen Minimierung des Infektionsrisikos während der Dienstleistungserbringung. Das Konsumationsverbot während der Dienstleistungserbringung gilt

auch in Betriebsstätten (s § 5 Abs. 4). § 6 Abs. 4 geht aber insoweit über § 5 hinaus, als damit auch Hausbesuche erfasst sind (siehe dazu die Rechtliche Begründung zur 1. Novelle der COVID-19-NotMV).

Zu § 7:

Die Regelungen über Betriebsstätten der Gastgewerbe bleiben im Kern unverändert.

Auch § 7 Abs. 5 Z 3 (Einrichtung der Verabreichungsplätze so, dass zwischen den Personengruppen ein Abstand von mindestens einem Meter besteht) wird beibehalten. Der Verfassungsgerichtshof hat die entsprechende Vorgängerregelung in seinem Erkenntnis vom 1.10.2020, V 429/2020, zwar für gesetzwidrig erklärt; dies jedoch nicht, weil er die Regel an sich für unsachlich befand, sondern weil er eine entsprechende Begründung im Verordnungsakt vermisste. Im Hinblick auf die inhaltliche Beibehaltung der Regelung wird diese Begründung nunmehr nachgeholt:

Zur Effektivität des Meterabstands siehe die Begründung zu § 1. Darüber hinaus handelt es sich – ähnlich wie bei der Festlegung der zulässigen Personenhöchstzahlen in Betriebsstätten – um eine Maßnahme zur Verringerung bzw. Entzerrung des Gästeaufkommens. Abhängig von der Größe der Gaststätte ergibt sich daraus eine adäquate Bemessung der höchst zulässigen Gästeanzahl, die für eine Gleichbehandlung der Betriebsstätten sorgt. In kleineren Betriebsstätten ist es angesichts engerer räumlicher Verhältnisse und damit einer ungünstigeren epidemiologischen Umgebung gerechtfertigt, entsprechend weniger Verabreichungsplätze zuzulassen. Eine Beschränkung nach Quadratmeter erscheint im Vergleich zu Betriebsstätten hingegen wenig sachgerecht, da sie die besonderen Umstände eines Gaststättenbesuchs nicht berücksichtigt.

Mit der Beschränkung der Ausnahme vom Betretungsverbot in Abs. 7 auf die Abholung alkoholfreier und verschlossener alkoholischer Getränke soll der jüngst zu beobachtende Ausschank von vorweihnachtlichen alkoholischen Getränken und damit eine Umgehung des Verbots von Gelegenheitsmärkten verhindert werden. Gerade in der Vorweihnachtszeit sind ein vermehrter Kundenandrang und damit eine epidemiologisch bedenkliche Erhöhung sozialer Kontakte im Umkreis um Betriebsstätten zu erwarten, die offene alkoholische Getränke ausschenken, insbesondere vor dem Hintergrund, dass Christkindlmärkte weiterhin unzulässig sind.

Zu § 8:

Keine Änderung im Vergleich zur COVID-19-NotMV (siehe dazu die Rechtlichen Begründungen zur COVID-19-NotMV).

Zu § 9:

Das Betretungsverbot für Sportstätten im Freien zur Ausübung von Individualsportarten entfällt. Im Gegensatz zur Regelung der 1. COVID-19-SchuMa gilt jedoch die Personenbeschränkung des § 5 Abs 1 Z 4 sinngemäß, sodass pro Sportausübenden eine Fläche von 10 m² zur Verfügung stehen muss. Dies dient der größtmöglichen Minimierung des Infektionsrisikos, das zwar im Freien grundsätzlich geringer ist als in geschlossenen Räumen, jedoch ist auch hier größeren Zusammenkünften vorzubeugen.

Ebenso entfällt das Betretungsverbot für Flugfelder und Flughäfen. Ein Betreten zu Zwecken der Ausübung des Flugsports ist angesichts der Besonderheiten dieser Sportart (Ausübung alleine in einem

allseits umschlossenen Raum, kein vergleichbarer Aerosolausstoß) epidemiologisch wenig problematisch und angesichts der Lockerungen für Individualsportarten im Freien geboten.

Zu § 10:

Klarstellung der Betretungsrechte im Hinblick auf diesbezügliche Unsicherheiten in der Praxis: Während der zulässige Besucher gemäß Z 4 pro Woche gilt, beziehen sich die Ausnahmen für unterstützungsbedürftige und minderjährige Bewohner auf Besuche pro Tag (siehe auch die Rechtliche Begründung zur COVID-19-NotMV). Zudem wird für Organe der Pflegeaufsicht das Betretungsrecht ausdrücklich normiert.

Um der besonderen Schutzbedürftigkeit der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen bestmöglich Rechnung zu tragen (siehe auch die Rechtliche Begründung zur COVID-19-NotMV) und das Risiko der Einschleppung von Infektionen größtmöglich zu minimieren, wird eine zusätzliche Testverpflichtung für Bewohner vorgesehen, die (zB aufgrund eines Besuchs bei Angehörigen) zumindest 24 Stunden abwesend waren. Demnach hat der Betreiber den Bewohner innerhalb des epidemiologisch relevanten 7-tägigen Zeitfensters zur Feststellung einer Infektion einer Testung zu unterziehen. Im Falle eines positiven Testergebnisses kommen die im Präventionskonzept vorzusehenden Maßnahmen zum Einsatz (vgl Abs. 11 Z 9).

Von verpflichtenden Vorgaben betreffend Besuchsorte wird abgesehen, zumal diesbezügliche Vorkehrungen nach § 10 Abs. 11 Z 7 ohnedies im Rahmen des Präventionskonzepts zu treffen sind. Es ist sachgerechter, die konkreten und individuell auf die jeweilige Einrichtung und die dort herrschenden räumlichen und organisatorischen Verhältnisse abgestimmten Vorgaben im Präventionskonzept zu regeln. So ist es in Einrichtungen mit Mehrbettzimmern epidemiologisch geboten, Besuche nur in speziellen Besuchsräumen mit entsprechendem Zeitmanagement vorzusehen, in Einrichtungen mit Einbettzimmern spricht hingegen aus epidemiologischer Sicht nichts gegen Besuche im Zimmern.

Zu § 11:

Klarstellung von Betretungsrechten für Patienten- und Pflegeanwälte, sonst keine inhaltlichen Änderungen.

Zu § 12:

Zum einen wird die bislang einheitlich verwendete Terminologie der Freizeiteinrichtungen in Freizeit- und Kultureinrichtungen geändert. Es handelt sich um eine rein sprachliche Kategorisierung ohne inhaltliche Änderung.

In Abs. 1 wird die Ausnahme für den privaten Wohnbereich gestrichen, da Freizeitwecken dienende Anlagen (zB Spielplätze, Wellnessanlagen) im privaten Wohnbereich ohnehin keine Freizeiteinrichtungen, sondern privater Wohnbereich sind.

Während die Betretungsverbote für Freizeiteinrichtungen durchgehend aufrecht bleiben, erfolgt im Rahmen des gebotenen schrittweisen Vorgehens eine erste Öffnung bei den Kultureinrichtungen: So werden die Betretungsverbote für Museen (und aufgrund der mit diesen vergleichbaren Tätigkeiten für Kunsthallen und Ausstellungshäuser), Bibliotheken, Büchereien und Archive aufgehoben. Die

Privilegierung der genannten Einrichtungen im Vergleich zu Kultureinrichtungen gemäß Abs. 3 Z 1 bis 5 ist aufgrund des fehlenden Veranstaltungsbezugs sachlich gerechtfertigt. So geht der reguläre Besuch der ausgenommenen Einrichtungen nicht mit dem gleichzeitigen Zusammenströmen größerer Menschenmengen einher; Besuche finden vielmehr regelmäßig über den Tag verteilt statt. Für Führungen oder sonstige geplante Zusammenkünfte außerhalb des regulären Ausstellungsbetriebs, zB Spezialführungen im Museum, Eröffnungen oder Vernissagen gelten jedoch die Beschränkungen des § 13. Für den regulären Betrieb der ausgenommenen Einrichtungen gelten die Voraussetzungen des § 5.

Was die sachliche Rechtfertigung der Differenzierung zu den Freizeiteinrichtungen betrifft, so ist zunächst darauf hinzuweisen, dass dem Ordnungsgeber auch unter Berücksichtigung der Anforderungen aus dem Gleichheitssatz ein rechtspolitischer Gestaltungsspielraum eingeräumt ist. Insbesondere darf der Gleichheitssatz nicht dazu führen, dass das epidemiologisch gebotene schrittweise Vorgehen unterlaufen wird. So würde eine gleichzeitige „Öffnung“ aller auf abstrakter Ebene vergleichbaren Sachverhalte zu einer epidemiologisch nicht vertretbaren Erhöhung der Mobilität und der sozialen Kontakte führen. Damit würde aber das Gesamtsystem der Maßnahmen und ihre Wirksamkeit unterlaufen. Aus diesem Grund werden zunächst die Betretungsverbote für die genannten Kultureinrichtungen aufgehoben. Die Gewichtung liegt somit auf der Ermöglichung der Befriedigung kultureller Bedürfnisse und von Bildungsbedürfnissen. Auch die regelmäßige Weitläufigkeit und die räumlichen Verhältnisse in diesen Einrichtungen machen die diesbezügliche Priorisierung vertretbar. Ein Unterschied zu sonstigen Freizeiteinrichtungen wie insbesondere Zoos ist etwa auch, dass diese regelmäßig im Familienverband besucht werden, während dies für die ausgenommenen Kultureinrichtungen nicht gleichermaßen charakteristisch ist. Auch das erwartbare Kundenaufkommen rechtfertigt daher die – zeitlich befristete – Differenzierung.

Zu § 13:

Wie in der Schutzmaßnahmenverordnung besteht ein grundsätzliches Veranstaltungsverbot (siehe zur gesetzlichen Grundlage und zu den Ausnahmen die Rechtliche Begründung zur 1. COVID-19-SchuMaV). Unter die Definition der Veranstaltung fallen auch Gelegenheitsmärkte; diese sind daher gemäß Abs. 1 untersagt.

Vom Veranstaltungsverbot ausgenommen sind zum einen die bereits nach der COVID-19-NotMV vorgesehenen Ausnahmen, zum anderen die der 1. COVID-19-SchuMaV entsprechenden Ausnahmen für den privaten Wohnbereich und für Zusammenkünfte von nicht mehr als sechs Personen aus zwei Haushalten (siehe dazu wieder die Rechtliche Begründung zur 1. COVID-19-SchuMaV).

In diesem Zusammenhang ist auch auf die Ausnahmen in § 16 hinzuweisen. So gelten die Beschränkungen insbesondere nicht für Zusammenkünfte in Gerichten (also etwa für Verhandlungen) oder für Gemeinderatssitzungen, die der Teilnahme der Öffentlichkeit bedürfen. Aufgrund der generellen Ausnahme vom Anwendungsbereich der Verordnung bedarf es keiner expliziten Aufnahme in den Ausnahmekatalog des § 13 Abs. 3. § 2 Abs. 1 Z 6 sichert den Weg dorthin auch während der Zeit der Ausgangsbeschränkung.

Zu den Auflagen für das Betreten von Veranstaltungsorten ist darauf hinzuweisen, dass diese in gesetzeskonformer Interpretation mit § 1 Abs. 3 nicht für den privaten Wohnbereich gelten.

Zu § 16:

Der Ausnahmekatalog des § 16 wird beibehalten. Die ausgenommenen Bereiche zeichnen sich durch das Erfordernis spezifischer, sachadäquater Regelungen aus. Dies betrifft zu einen elementare Bildungseinrichtungen, Schulen und sonstige Einrichtungen gemäß Z 1, Universitäten, Fachhochschulen etc gemäß Z 2 und Tätigkeiten im Wirkungsbereich der Organe der Gesetzgebung und Vollziehung gemäß Z 3. In diesen Bereichen, die sich allesamt durch eine hohe Heterogenität auszeichnen, ist es sachgerechter, den jeweils Verantwortlichen die Setzung von dem jeweiligen Bereich angepassten, erforderlichen Maßnahmen zB im Wege von Hausordnungen zu überlassen, was auch durchgehend der Fall ist.

Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission

Utl.: Ergebnis der Corona-Kommissionssitzung vom 25. Februar

Die Corona-Kommission hat heute neuerlich die epidemiologische Entwicklung der vergangenen Tage bewertet und kommt zu dem Schluss, dass die Risikolage für ganz Österreich unverändert mit sehr hohem Risiko einzustufen ist.

Abweichend von der Einstufung auf Ebene des Bundes wurde das Risiko für das Bundesland Vorarlberg mit hohem Risiko bewertet.

Die Corona-Kommission hat sich darüber hinaus erneut zur aktuellen Entwicklung der Virusvarianten beraten. In der Mehrheit der Bundesländer ist anhand einer Analyse der Verdachtsfälle davon auszugehen, dass Infektionen mit der Mutation N501Y (voraussichtlich vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) das Infektionsgeschehen dominieren.

Zudem hat sich die Corona Kommission erneut zur Verbreitung der Virusvariante B1.351 beraten. Auf Basis der bisher vorliegenden Surveillance-Daten muss davon ausgegangen werden, dass nach wie vor Tirol am stärksten von dieser Variante betroffen ist. Gemäß aktuellem Wissensstand wird diese Virusvariante schlechter durch die derzeitigen Impfungen oder bisherigen Haupt-Typ assoziierten Antikörper neutralisiert, es konnten bereits Reinfektionen durch diese Variante nachgewiesen werden. Bislang konnten die von Tirol gesetzten Maßnahmen (wie Testen der K1- & K2-Personen mit PCR-Verfahren; Kontaktpersonenerhebung bis zu 96 Stunden zurück, intensiviertes Testangebot mit Bereitstellung von PCR-Tests an die gesamte Bevölkerung etc.) die Variantenverbreitung unter Kontrolle halten und möglicherweise auch dem Anstieg der R_{eff} entgegen wirken. Die Corona Kommission empfiehlt dem Land Tirol die gesetzten Maßnahmen in gleicher Effektivität fortzusetzen und empfiehlt insbesondere allen anderen Bundesländern für Gebiete mit hoher 7-Tages-Inzidenz diese ebenfalls zu implementieren.

Die CoronaKommission kommt auf Basis der Ausführungen zum Schluss, dass das Infektionsgeschehen ausgehend von einem hohen Niveau in der Mehrheit der Bundesländer deutliche Anstiege zeigt, die sich gemäß Prognosen fortsetzen werden. Die Corona Kommission empfiehlt daher die notwendigen präventiven Maßnahmen zur Kontaktreduktion sowie regelmäßige, flächendeckende Testungen zu forcieren und derzeit allenfalls geplante Lockerungsschritte zu überdenken. Bei anhaltenden Steigerungen des Infektionsgeschehens entsprechend der Simulationsrechnungen empfiehlt die Kommission, bereits gesetzte Lockerungsschritte zu überprüfen und ab einer bundesweiten 7-Tagesinzidenz von über 200/100.000 EinwohnerInnen diese auch gegebenenfalls zurückzunehmen. Die erneute Schließung von Bildungseinrichtungen sollte nur als Ultima Ratio in Betracht gezogen werden.

In 24 von 96 Bezirken/Regionen liegt die rohe 7-Tages-Inzidenz per 23.2. unter 100/100.000 Einwohnern und in weiteren 2 Bezirke/Regionen unter 50/100.000. Details sind ab Freitag den auf der Website corona-ampel.gv.at veröffentlichten Empfehlungen und Indikatoren zur Risikoeinstufung zu entnehmen.

Die Einschätzung der Corona Kommission erfolgte unter Berücksichtigung des Übertragungsrisikos, der Rückverfolgbarkeit der Übertragungsketten, der Testaktivität und

der Ressourcenauslastung der Spitäler. Die neuen detaillierten Kriterien, die in der heutigen Sitzung beschlossen wurden, sind in Kürze unter <https://corona-ampel.gv.at/corona-kommission/bewertungskriterien/> abrufbar.

Die finale Ampelschaltung wird im Anschluss an die Kommissionssitzung auf corona-ampel.gv.at und im Teletext auf Seite 659 veröffentlicht.

Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich

Finale Version vom 11.03.2021

Inhaltsverzeichnis

1	Beschlussgrundlagen und Einstufung der Corona Kommission	5
2	Verbreitungsrisiko	8
2.1	Quellen/Clusterabklärung und Symptomatik	10
2.2	Entwicklungen in den Altersgruppen.....	13
2.3	Schultestungen	14
2.4	Altersdurchschnitt	16
2.5	Virusvarianten	18
3	Systemrisiko	20
3.1	Aktuelle Prognose des COVID Prognose Konsortiums.....	21
4	Maßnahmen in ausgewählten Ländern/Ländervergleich	25
5	Impfung	27
6	Diskussionsgrundlage für Empfehlungen der Corona Kommission:	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Anzahl der neu identifizierten Infektionsfälle und kumulative Inzidenz/100.000 EW der vergangenen 7 Tage (03.03.2021 – 09.03.2021) der Bezirke mit einer kumulativen Inzidenz über 200 pro 100.000 EW.....	7
Tabelle 2:	7-Tages-Inzidenz und Reff, 03.03.21–09.03.21. Reff wird basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen geschätzt. Fälle vom 09.03. sind exkludiert.....	8
Tabelle 3:	Österreich, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen. Informationen betreffend Abklärung und Setting der Übertragung beziehen sich auf die Anzahl der Fälle von Österreich exklusive der Fälle mit Wohnort Bundesland Wien. Fälle nach Setting des Infektionserwerbs.....	10
Tabelle 4:	Antigen (AG) Schultestungen.....	14
Tabelle 5:	Kurzübersicht aktuell gültiger Maßnahmen und 7-Tages-Inzidenz der Nachbarstaaten.....	26

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Beschlussgrundlagen und Einstufung der Corona Kommission.....	5
Abbildung 2:	Kumulative Inzidenz/100.000 EW nach Bezirk der vergangenen 7 Tage (03.03.2021 – 09.03.2021). Es gilt die regionale Falldefinition.....	6
Abbildung 3:	Aktive Fälle: Stand 10.3., 09.00 Uhr.....	8
Abbildung 4:	Neue bestätigte Fälle, KW07-KW10 im Vergleich.....	9
Abbildung 5:	Gemeldete Anzahl von AG und PCR Tests, 01.02.2021 – 09.03.2021.....	11
Abbildung 6:	Anteil Fälle mit pos. Antigentest von bestätigten Fällen pro Kalenderwoche.....	12
Abbildung 7:	Altersverteilung der Fälle (in Prozent) nach Kalenderwoche der Labordiagnose.....	13
Abbildung 8:	Inzidenz der Altersgruppen nach Kalenderwoche der Labordiagnose.....	13
Abbildung 9:	Österreich, Anteil der Clusterfälle mit Transmission in der Schule an allen Clusterfällen, 2020-W36 bis 2020-W45 gegenüber 2021-W08 bis 2021-W10 (bis inkl. 09.03.2021). N_Schule gibt die Anzahl der Fälle im Setting Schule an.....	15
Abbildung 10:	Österreich (exklusive Wien), Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65 -Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.....	16
Abbildung 11:	Mortalität pro 100.000 EW nach Altersgruppe und Kalenderwoche, seit 2020 KW 11.....	16
Abbildung 12:	Vergleich der Inzidenz der vergangenen 14-Tagesperiode (24.02.2021-09.03.2021) zur Inzidenz der 7 Tage überlappenden 14-Tagesperiode (17.02.2021-02.03.2021). (Methode gemäß ECDC weekly report July 2020).....	17
Abbildung 13:	Anteil der N501Y positiven Fälle an N502Y getesteten Fällen (PCR-basiert oder sequenziert).....	18
Abbildung 14:	Anteile B.1.1.7 und B.1.351 PCR-bestätigten oder Sequenzierungs-bestätigten Fälle in Österreich über den Zeitraum KW 01 - 09.....	18
Abbildung 15:	Hospitalisierungen und Intensivbetten.....	20
Abbildung 16:	Täglicher Zuwachs Hospitalisierungen und täglicher Zuwachs Intensivbetten, 7 Tägiges-Mittel seit 2.11.	20
Abbildung 17:	Schätzung der effektiven Reproduktionszahl für COVID 19 Varianten für den Zeitraum KW 7 bis KW 9.....	22
Abbildung 18:	Prognose vom 9.03.2021.....	23
Abbildung 19:	Ländervergleich 7-tägiges Mittel Inzidenz.....	25
Abbildung 20:	Durchimpfungsrate mit mindestens 1. Dosis österreichweit per 10.3.2021.....	27

Abkürzungsverzeichnis

AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
COVID-19-SchuMaV	Covid-19 - Schutzmaßnahmenverordnung
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
EW	Einwohner und Einwohnerinnen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ICU	Intensive Care Unit
KW	Kalenderwoche
Reff	Effektive Reproduktionsrate
SKKM	Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement

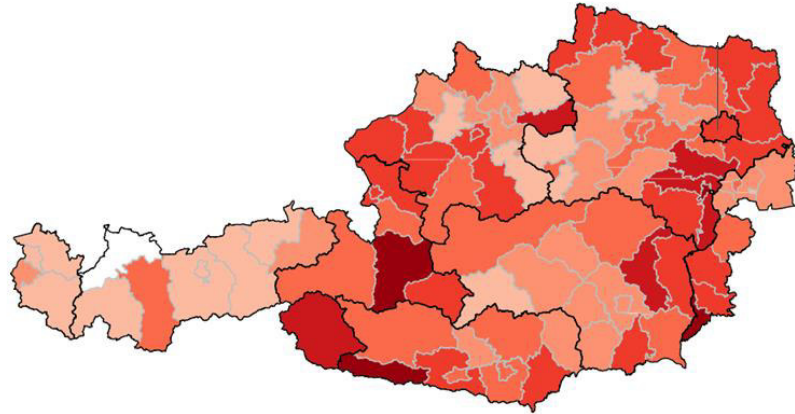
1 Beschlussgrundlagen und Einstufung der Corona Kommission

Abbildung 1:
Beschlussgrundlagen und Einstufung der Corona Kommission

Risikoindikatoren	B	Ktn	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	Vbg	W	Ö	
Rohe 7-Tagesinzidenz KW 9	198,3	181,7	216,2	156,3	241,9	168,8	122,8	77,1	227,2	186,6	
Rohe 7-Tagesinzidenz 9.3., 24h	194,9	184,9	212,6	169,8	250,2	167,4	102,8	79,6	226,7	186,9	
Verbreitungsrisiko	Faktoren für die Adjustierung										
	Trend	12%	11%	11%	19%	29%	7%	3%	13%	22%	15%
		↗	↗	↗	↗	↗	↗	→	↗	↗	↗
	Abgeklärte Fälle	52%	51%	56%	55%	56%	54%	66%	54%	69%	59%
	Asymptomatische Fälle	33%	33%	37%	24%	26%	16%	30%	21%	49%	34%
	Risikoadjustierung										
Effektgröße	14%	12%	4%	23%	30%	29%	2%	20%	-1%	9%	
Risikoadjustierte 7-Tagesinzidenz	225,8	204,0	224,9	191,8	313,7	217,4	125,1	92,1	225,4	203,2	
Systemrisiko	Ist-Belag ICU 10.3.21	23,1%	8,8%	22,5%	10,0%	9,5%	11,1%	11,1%	7,7%	25,1%	16,1%
	Prognose ICU (max. Auslastung 14 Tage)	28,5%	10,5%	30,5%	14,0%	13,4%	11,4%	11,8%	7,7%	37,2%	21,4%
Qualitative Indikatoren	Testungen je 100.000 Ew.	23 390	12 843	21 330	19 094	25 542	21 293	13 748	21 444	18 016	19 396
	R_{eff}										
	R_{eff} absolut 7.3	1,02	1,05	1,09	1,09	1,13	1,10	1,05	1,03	1,15	1,10
	Variants of concern										
	Prävalenz N501Y-Positive in % per 9.3.21	94,40%	76,22%	79,56%	73,30%	85,96%	66,06%	41,52%	30,11%	90,54%	76,74%
	Trend Prävalenz N501Y-Positive in % per 3.3.22	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	stabil	↗	↗
	Verweildauer in Risikostufe										
Einstufung per 11.3.	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	hohes Risiko	sehr hohes Risiko	sehr hohes Risiko	

Quelle: Corona Kommission

Abbildung 2:
Kumulative Inzidenz/100.000 EW nach Bezirk der vergangenen 7 Tage (03.03.2021 – 09.03.2021). Es gilt die regionale Falldefinition.



7-Tagesinzidenz in Wiener Bezirken entspricht dem Landesdurchschnitt.
Quelle: AGES

Tabelle 1:

Anzahl der neu identifizierten Infektionsfälle und kumulative Inzidenz/100.000 EW der vergangenen 7 Tage (03.03.2021 – 09.03.2021) der Bezirke mit einer kumulativen Inzidenz über 200 pro 100.000 EW

Bezirk	Fälle	in %	pro 100.000 EW
Wiener Neustadt (Stadt)	249	1,5	543,4
Hermagor	94	0,6	520,7
Sankt Johann im Pongau	416	2,5	512,4
Jennersdorf	73	0,4	427,0
Lienz	179	1,1	367,3
Wiener Neustadt (Land)	285	1,7	364,0
Weiz	309	1,9	340,9
Perg	224	1,3	324,8
Baden	446	2,7	303,9
Braunau am Inn	313	1,9	296,5
Waidhofen an der Thaya	76	0,5	295,9
Oberwart	145	0,9	267,6
Bruck an der Leitha	277	1,7	267,0
Gmünd	96	0,6	262,6
Wels-Land	192	1,2	260,2
Mistelbach	195	1,2	257,9
Güssing	65	0,4	252,9
Neunkirchen	214	1,3	247,8
Tamsweg	50	0,3	246,9
Hartberg-Fürstenfeld	221	1,3	243,9
Gänserndorf	252	1,5	240,5
Kirchdorf an der Krems	134	0,8	234,8
Salzburg-Umgebung	349	2,1	227,4
Völkermarkt	95	0,6	226,9
Wien	4.333	26,0	226,7
Villach Land	143	0,9	221,3
Leibnitz	186	1,1	219,5
Ried im Innkreis	134	0,8	217,2
Wels (Stadt)	128	0,8	204,9
Vöcklabruck	281	1,7	204,7
Salzburg (Stadt)	311	1,9	200,6

Quelle: AGES

2 Verbreitungsrisiko

Tabelle 2:

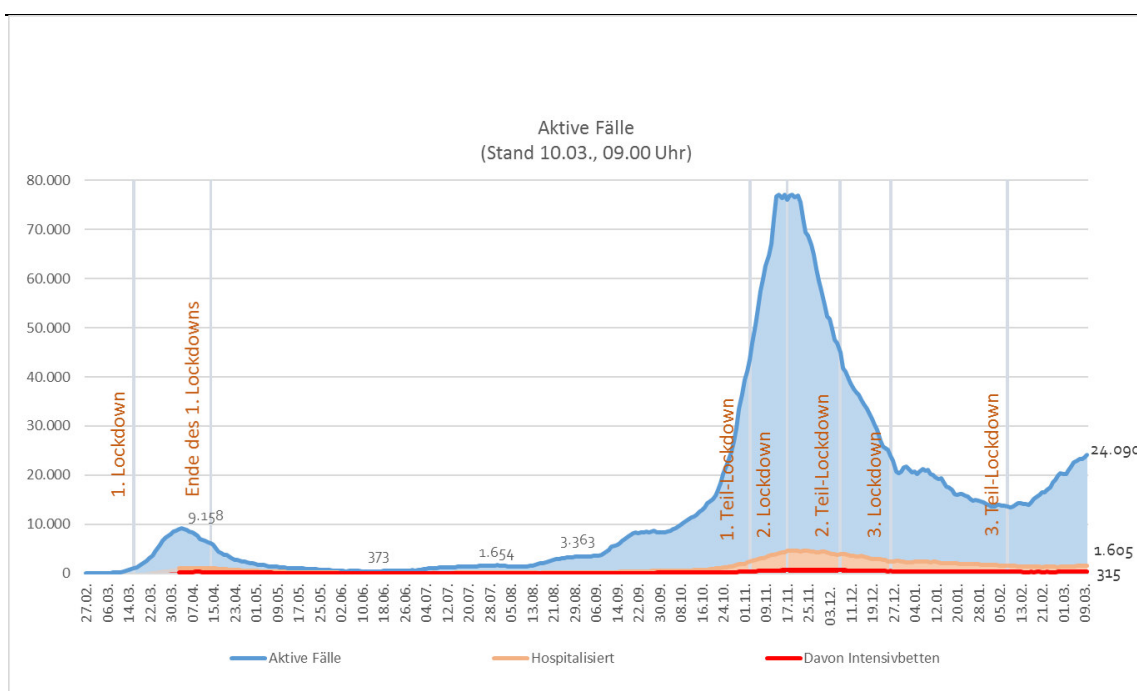
7-Tages-Inzidenz und R_{eff} , 03.03.21–09.03.21. R_{eff} wird basierend auf den jeweils vorangegangenen 13 Tagen geschätzt. Fälle vom 09.03. sind exkludiert

	03.03.21	04.03.21	05.03.21	06.03.21	07.03.21	08.03.21	09.03.21
R_{eff}	1,12	1,10	1,12	1,14	1,11	1,10	-
7 Tages Inzidenz	171,0	175,9	179,9	180,3	186,6	190,4	186,9

Quelle: AGES

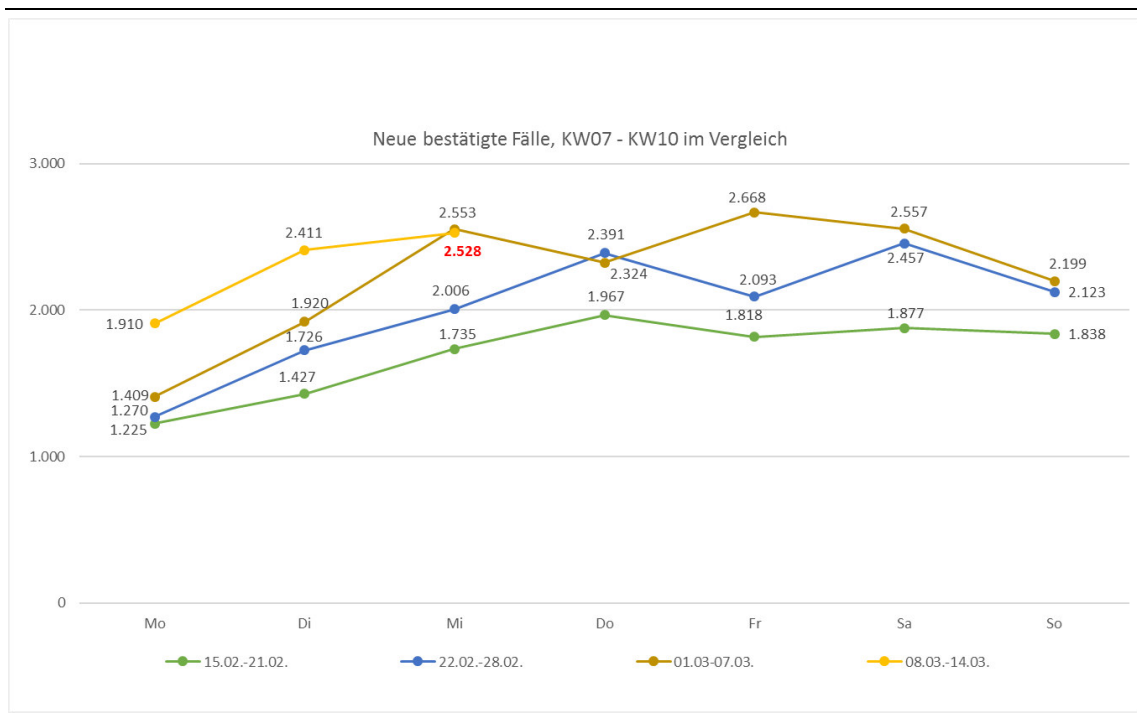
Abbildung 3:

Aktive Fälle: Stand 10.3., 09.00 Uhr



Quelle: Aktive Fälle kumulativ bis inkl. 02.04.2020, EMS; Hospitalisierungen vor 02.04.2020; interpoliert; alle anderen Daten: Datenübermittlung der Bundesländer an BMI und BMSGPK; Berechnung BMSGPK

Abbildung 4:
Neue bestätigte Fälle, KW07-KW10 im Vergleich



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

2.1 Quellen/Clusterabklärung und Symptomatik

Tabelle 3:

Österreich, Zusammenfassung der vergangenen 6 Kalenderwochen. Informationen betreffend Abklärung und Setting der Übertragung beziehen sich auf die Anzahl der Fälle von Österreich exklusive der Fälle mit Wohnort Bundesland Wien.

Fälle nach Setting des Infektionserwerbs

	04	05	06	07	08	09
Fälle ¹ Österreich (N)	9.555	9.217	9.559	11.773	14.341	16.608
Fälle¹ Österreich exkl. Wien (N)	7.673	7.468	7.457	9.101	10.754	12.265
Anteil asymptomatisch	22,8%	25,8%	25,0%	26,5%	28,8%	28,3%
Fälle asymptomatisch (n)	1.752	1.924	1.863	2.409	3.098	3.473
Fälle ungeklärt ² (n)	2.853	2.546	2.565	3.000	3.585	5.429
Indexfälle ³ (n)	1.568	1.428	1.535	1.795	1.978	1.553
Anteil geklärt	62,8%	65,9%	65,6%	67,0%	66,7%	55,7%
Fälle geklärt ⁴ (n)	4.820	4.922	4.892	6.101	7.169	6.836
Clusterfälle ⁵ (n)	5.983	5.947	6.101	7.455	8.582	7.707
sporadisch importierte Fälle (n)	37	47	46	48	52	36
Clusterfälle mit Setting der Transmission ⁶ (n)	4.396	4.500	4.554	5.640	6.580	6.117
Haushalt	61,9%	63,1%	65,4%	64,4%	65,6%	72,2%
Freizeit	15,3%	15,4%	15,9%	15,6%	16,0%	14,2%
Gesundheit-Sozial	12,7%	10,0%	6,2%	4,3%	2,9%	1,7%
Arbeit	6,2%	8,0%	9,0%	9,1%	7,1%	4,6%
Hotel-Gastro	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%
Bildung	2,2%	2,0%	1,4%	4,3%	6,6%	5,9%
Transport	0,3%	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
Reise	0,7%	0,4%	0,6%	0,7%	0,5%	0,2%
Haushalt (n)	2.723	2.840	2.979	3.634	4.319	4.419
Bildung (n)	96	88	65	241	435	360
Gesundheit-Sozial (n)	559	449	283	244	189	107
Reise (n)	30	16	27	41	35	15
Fälle¹ Wien (N)	1.882	1.749	2.102	2.672	3.587	4.343
Anteil asymptomatisch	28,0%	30,8%	32,3%	26,5%	24,2%	25,6%
Fälle asymptomatisch (n)	527	538	678	707	868	1.113
Clusterfälle mit Setting der Transmission (n)	1.147	1.140	1.363	1.671	1.977	-
Haushalt	61,0%	68,5%	74,1%	70,8%	70,0%	-
Gesundheit-Sozial	27,7%	14,5%	8,3%	6,2%	4,4%	-
Arbeit	4,8%	7,7%	7,4%	5,7%	5,7%	-
Bildung	1,8%	3,4%	3,5%	10,3%	14,6%	-
Freizeit	4,7%	5,0%	5,7%	6,2%	5,3%	-
Hotel-Gastro	0,0%	0,6%	0,5%	0,4%	0,0%	-
Reise	0,0%	0,3%	0,5%	0,4%	0,0%	-

¹ Gemäß aktuellem Datenstand

² Fälle ohne eruierbare Quelle

³ Vermutete Quelle des Clusters

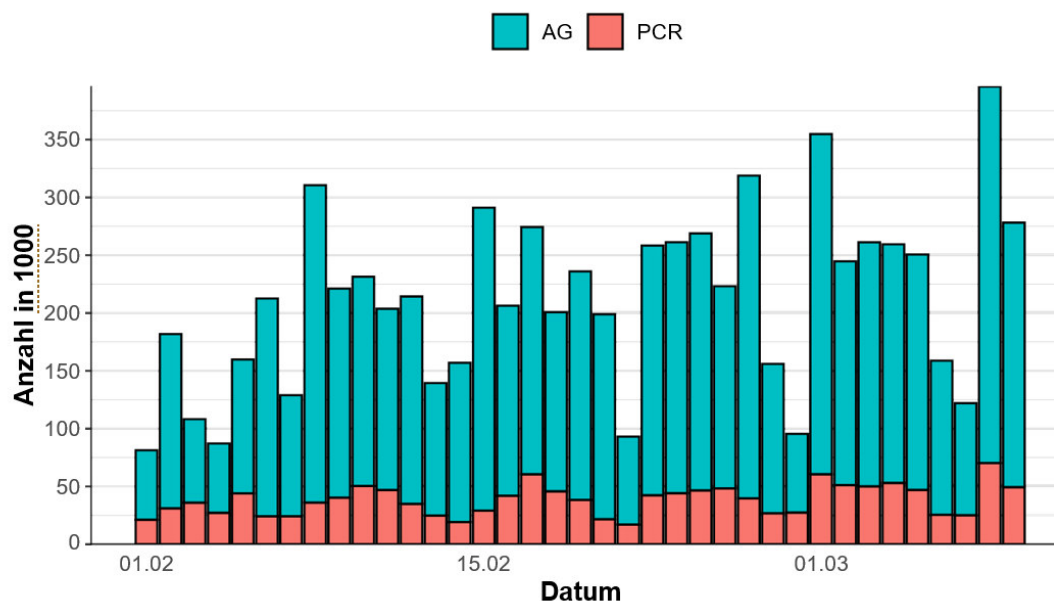
⁴ Clusterfälle (exkl. Indexfälle), Screeningfälle, sporadisch importierte Fälle

⁵ Fälle zugehörig zu einem Cluster (inkl. Indexfälle)

⁶ Clusterfälle exkl. Indexfälle

Quelle: AGES

Abbildung 5:
Gemeldete Anzahl von AG und PCR Tests, 01.02.2021 – 09.03.2021



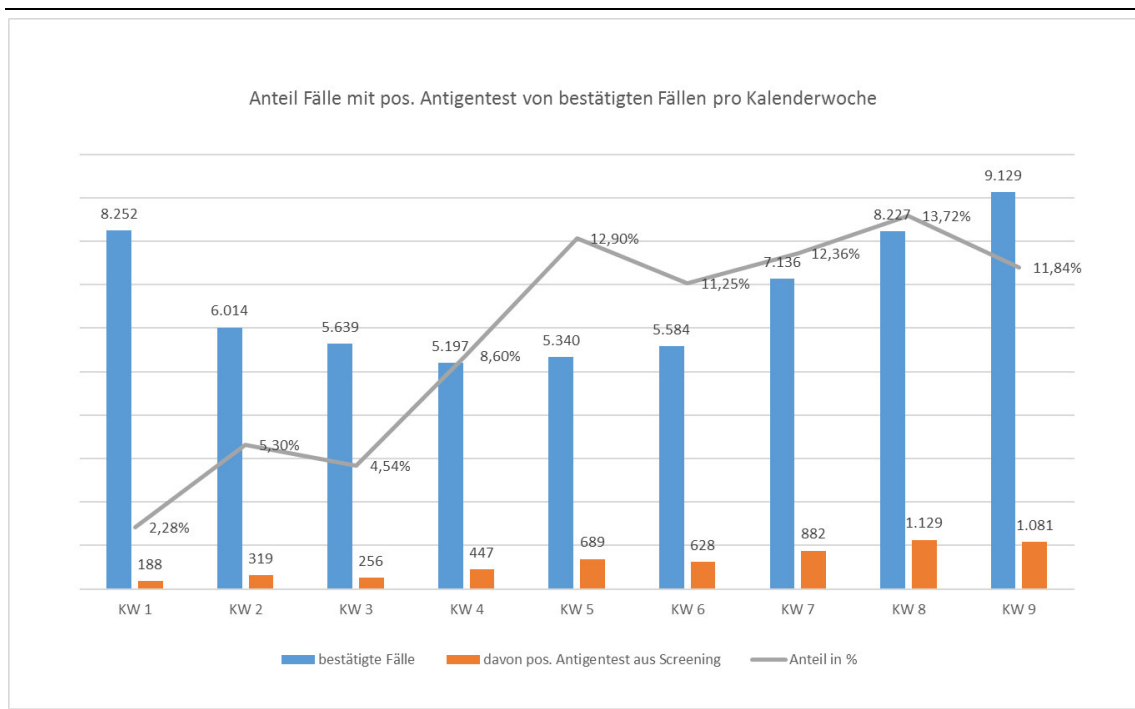
Quelle: AGES/BMI

- In den letzten 7 Tagen wurden **1.405.882 AG-Testungen** und 320.551 PCR-Testungen ein gemeldet. Das sind +3,26% bei den AG-Testungen und +6,61% bei den PCR-Testungen (Woche zuvor 1.361.519 AG-Testungen und 300.676 PCR-Testungen). Die Positivrate in der laufenden KW 10 beträgt 0,9% (Stand: 10.03.) das entspricht einer Abnahme von 0,1% im Vergleich zur KW 09.
- Die höchste kumulative 7-Tages-Inzidenz / 100.000 EW (03.03.2021 – 09.03.2021) verzeichnet das Bundesland Salzburg mit 250,2 Fällen / 100.000, gefolgt von Wien und Niederösterreich mit 226,7 Fällen / 100.000 und 212,6 Fällen / 100.000.

Die folgende Grafik stellt eine Extrapolation auf Basis der zum Berichtszeitpunkt verfügbaren Daten dar. Sie zeigt den geschätzten Anteil der positiven Antigentestungen für ganz Österreich gemäß Screening Datenbank (folglich exkl. Schultestungen), welche durch eine darauffolgende PCR-Untersuchung bestätigt werden und somit als bestätigte Fälle definiert werden.

Der Prozentsatz entspricht somit dem Anteil der durch Screening-Testungen detektierten bestätigten Fälle.

Abbildung 6:
Anteil Fälle mit pos. Antigentest von bestätigten Fällen pro Kalenderwoche



Quelle: EMS, Berechnungen BMSGPK, Stand: 09.03.2021

- Der Anteil an pos. Antigen-Getesteten im Rahmen von Screenings (exkl. Schultest) ist beginnend mit KW 4 sprunghaft angestiegen und seither auf einem Niveau zwischen rund 11 und 14% zu liegen gekommen. Daraus lässt sich schließen, dass das erhöhte Testaufkommen in geringem Ausmaß zu den aktuellen Anstiegen beiträgt.
- Dabei ist zu berücksichtigen, dass nur die Zahl der Tests und nicht die Zahl der getesteten Personen bekannt ist und es somit möglich ist, dass ein und dieselbe Person mehrmals pro Woche einer Testung unterzogen wird.

2.3 Schultestungen

Tabelle 4:
Antigen (AG) Schultestungen

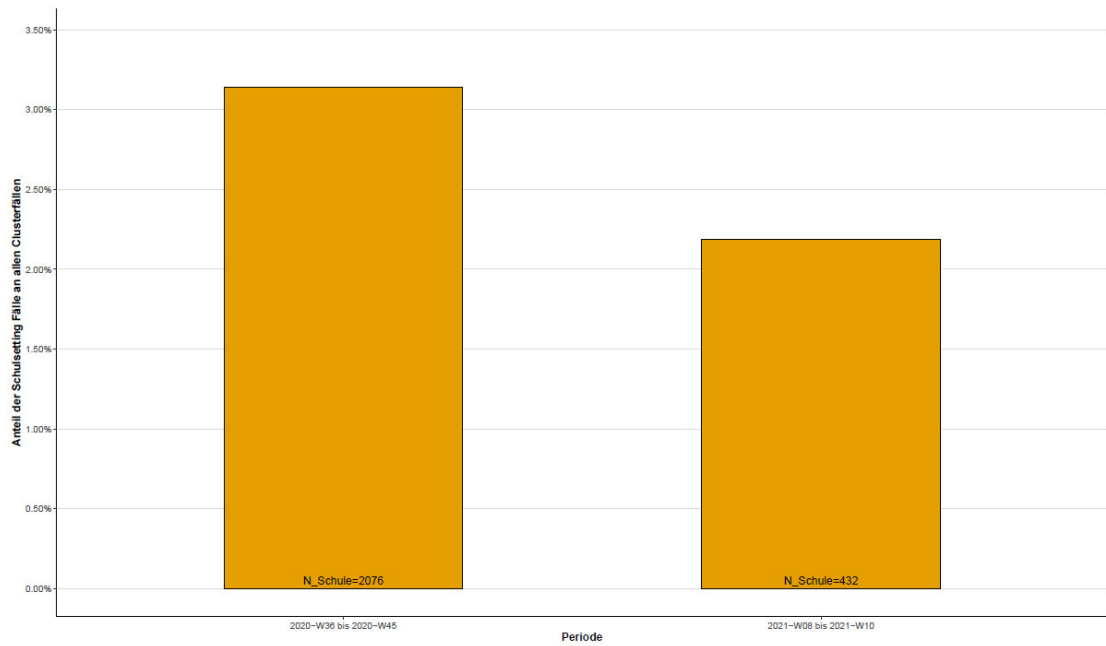
	KW5	KW6	KW7	KW8
Anzahl der Tests bei Schülern	167.271	467.877	1.196.451	1.235.800
davon positiv	100	132	385	619
in %	0,06%	0,03%	0,03%	0,05%

KW 9					
Schulart	Bundesland	AG Tests n _{AG}	AG Test positive n _{AG}	AG Test positive in % n/N	EMS-Fälle
Primarstufe	Burgenland	20.517	8	0,04%	31
	Kärnten	39.249	6	0,02%	42
	Niederösterreich	121.097	64	0,05%	211
	Oberösterreich	102.688	28	0,03%	125
	Salzburg	42.609	22	0,05%	56
	Steiermark	81.499	30	0,04%	138
	Tirol	55.215	16	0,03%	33
	Vorarlberg	33.101	5	0,02%	17
	Wien	148.116	134	0,09%	291
	Österreich	644.091	313	0,05%	944
Sekundarstufe I	Burgenland	10.681	2	0,02%	29
	Kärnten	21.019	8	0,04%	56
	Niederösterreich	67.189	38	0,06%	258
	Oberösterreich	44.695	24	0,05%	178
	Salzburg	20.994	4	0,02%	83
	Steiermark	44.277	10	0,02%	131
	Tirol	28.571	2	0,01%	49
	Vorarlberg	17.096	3	0,02%	15
	Wien	76.388	78	0,10%	274
	Österreich	330.910	169	0,05%	1.073
Sekundarstufe II	Burgenland	10.207	12	0,12%	45
	Kärnten	16.160	30	0,19%	91
	Niederösterreich	46.873	50	0,11%	252
	Oberösterreich	41.398	44	0,11%	212
	Salzburg	17.241	28	0,16%	111
	Steiermark	33.665	40	0,12%	156
	Tirol	21.234	23	0,11%	64
	Vorarlberg	11.561	5	0,04%	17
	Wien	77.454	94	0,12%	291
	Österreich	275.793	326	0,12%	1.239

Anteil der via PCR pos. bestätigten Antigenpositiven ist nicht bekannt
Quelle: BMBWF, Schultestungen (AG-Testungen)

Abbildung 9:

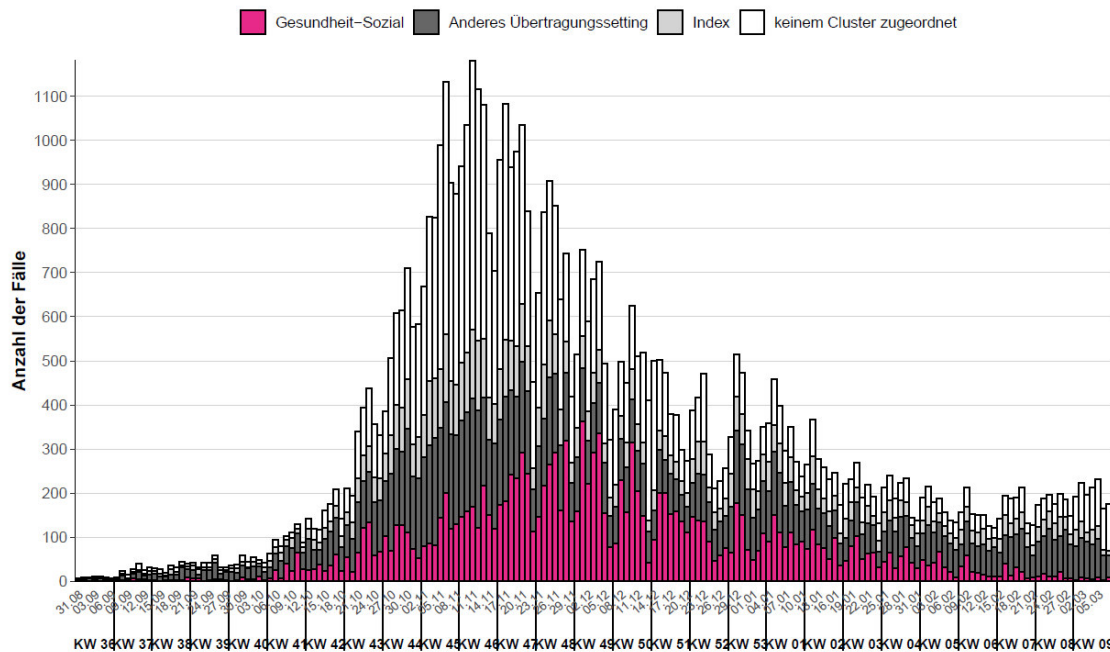
Österreich, Anteil der Clusterfälle mit Transmission in der Schule an allen Clusterfällen, 2020-W36 bis 2020-W45 gegenüber 2021-W08 bis 2021-W10 (bis inkl. 09.03.2021). N_Schule gibt die Anzahl der Fälle im Setting Schule an.



Quelle: AGES

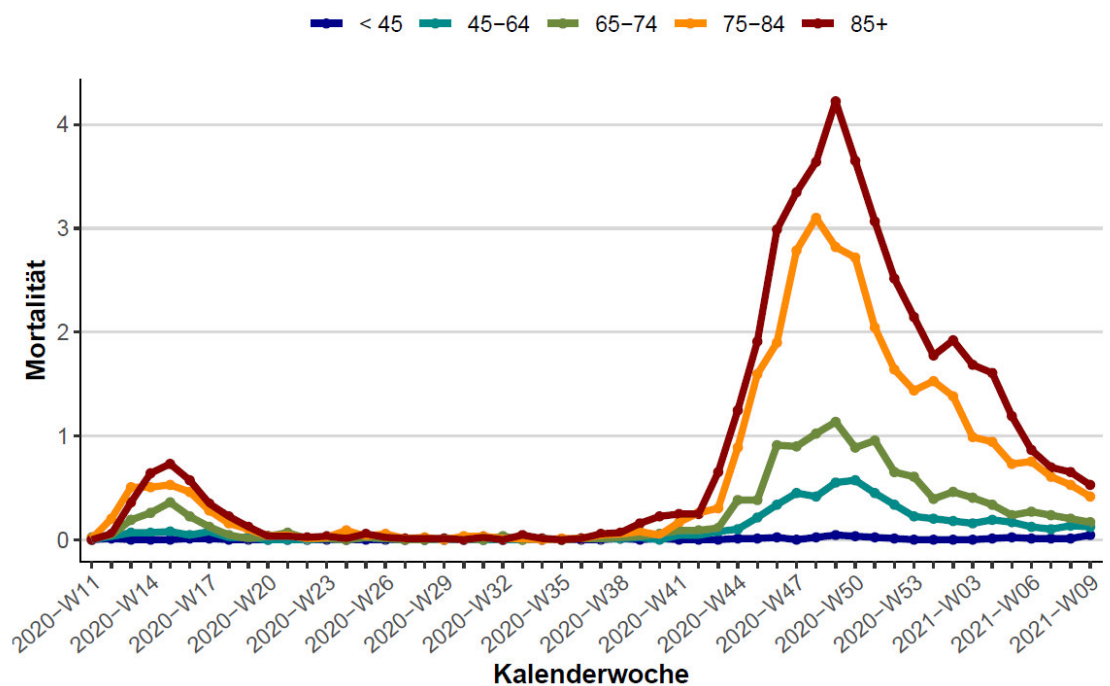
2.4 Altersdurchschnitt

Abbildung 10:
Österreich (exklusive Wien), Fälle nach Tag der ersten Labordiagnose bei ≥ 65 -Jährigen mit Übertragungs-Setting Gesundheit & Soziales, mit anderem Übertragungs-Setting, Indexfall oder keinem Cluster zugeordnet; Kalenderwoche 36 und Folgende.



Quelle: AGES

Abbildung 11:
Mortalität pro 100.000 EW nach Altersgruppe und Kalenderwoche, seit 2020 KW 11



Quelle: AGES

Abbildung 12:

Vergleich der Inzidenz der vergangenen 14-Tagesperiode (24.02.2021-09.03.2021) zur Inzidenz der 7 Tage überlappenden 14-Tagesperiode (17.02.2021-02.03.2021).

(Methode gemäß ECDC weekly report July 2020)

	Trend Gesamt	Klassifikation	Trend ≥ 65	Klassifikation
Österreich	15,07%	increasing	7,78%	stable
Burgenland	12,16%	increasing	8,01%	stable
Kärnten	10,72%	increasing	-3,24%	stable
Niederösterreich	11,31%	increasing	1,03%	stable
Oberösterreich	19,39%	increasing	19,03%	increasing
Salzburg	29,49%	increasing	30,70%	increasing
Steiermark	6,61%	increasing	12,95%	increasing
Tirol	3,18%	stable	0,00%	stable
Vorarlberg	13,36%	increasing	-21,70%	decreasing
Wien	21,75%	increasing	8,81%	stable

Quelle: AGES

- Der Altersdurchschnitt inzidenter Fälle ist zwischen KW 2 und KW 9 kontinuierlich gesunken. Von KW 9 auf KW 10 kam es zu einem erneutem Anstieg von 38,3 Jahren auf 38,5 Jahre.
- In den vergangen 3 Wochen ist ein Anstieg in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen feststellbar. Dieser kann mit der Einführung des systematischen Testens in Bildungseinrichtungen assoziiert werden, wodurch eine Verringerung der Dunkelziffer erreicht werden konnte.
- Seit Jahresbeginn kann ein relevanter Rückgang von Neuinfektionen, aktiven Fällen und Clustern in den Alten- und Pflegeheimen und der damit verbundenen Mortalität beobachtet werden. Dies kann mit den gesetzten Präventionsmaßnahmen und der mittlerweile relativ hohen Durchimpfungsrate in dieser Bevölkerungsgruppe in Verbindung gebracht werden. Insgesamt stieg jedoch die 7-Tagesinzidenz der über 65-Jährigen österreichweit zuletzt wieder.

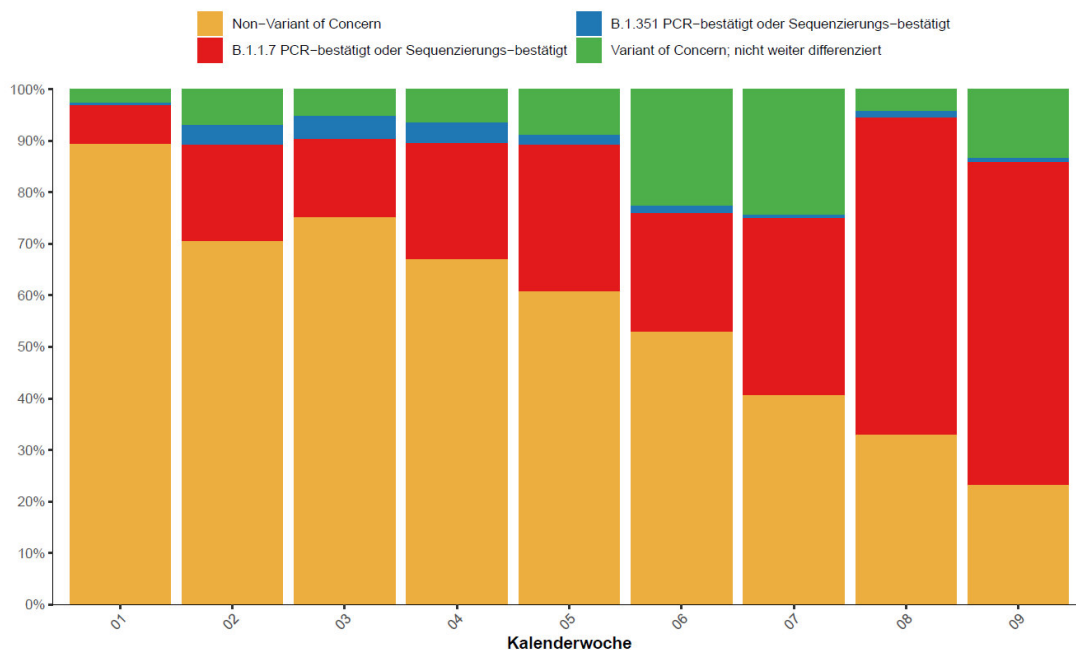
2.5 Virusvarianten

Abbildung 13:
Anteil der N501Y positiven Fälle an N502Y getesteten Fällen (PCR-basiert oder sequenziert)

Bundesland	Variants of concern %				
	KW 05	KW 06	KW 07	KW 08	KW 09
Burgenland	60,29 %	75,19 %	82,78 %	87,47 %	94,40 %
Kärnten	24,79 %	41,22 %	52,06 %	64,43 %	76,22 %
Niederösterreich	48,53 %	49,70 %	61,01 %	64,24 %	79,56 %
Oberösterreich	34,48 %	45,36 %	66,46 %	73,53 %	73,30 %
Salzburg	30,81 %	41,11 %	70,83 %	78,96 %	85,96 %
Steiermark	26,20 %	31,38 %	45,31 %	52,09 %	66,06 %
Tirol	37,79 %	51,80 %	35,69 %	54,60 %	41,52 %
Vorarlberg	14,85 %	22,00 %	33,33 %	31,58 %	30,11 %
Wien	54,23 %	56,84 %	65,44 %	73,96 %	90,54 %
Österreich	39,15 %	46,93 %	59,21 %	66,93 %	76,74 %

Quelle: AGES

Abbildung 14:
Anteile B.1.1.7 und B.1.351 PCR-bestätigten oder Sequenzierungs-bestätigten Fälle in Österreich über den Zeitraum KW 01 - 09



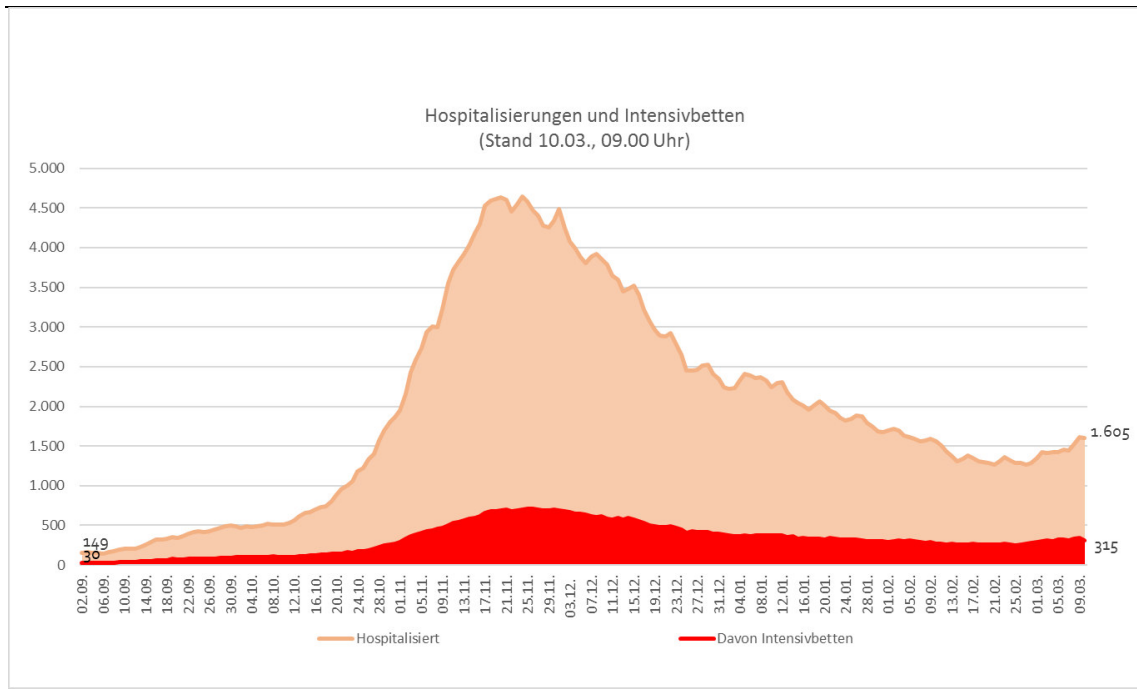
Quelle: AGES

- Beobachtungsdaten aus allen Bundesländern zeigen einen deutlichen Anstieg der Prävalenz von N501Y-positiven Fällen.
- Mit Ausnahme von Vorarlberg und Tirol sind Infektionen mit der Mutation N501Y (vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) bereits dominant (größer als 60%).
- Zudem hat sich die Corona Kommission erneut zur Verbreitung der Virusvariante B1.351 beraten. Am stärksten von dieser Variante betroffen waren in KW 9 nunmehr die Bundesländer Wien (37 Fälle), Tirol (22 Fälle) und Oberösterreich (6 Fälle).

- Bislang konnten die von Tirol gesetzten Maßnahmen (wie Testen der K1- & K2-Personen mit PCR-Verfahren; Kontaktpersonenerhebung bis zu 96 Stunden zurück, intensivierte Testangebot mit Bereitstellung von PCR-Tests an die gesamte Bevölkerung etc.) die Verbreitung der Virusvariante B.1.351 zurückdrängen. Der Anteil an PCR-Screenings und Sequenzierungen von B.1.351 Fällen hat sich von rund 25% in KW 4 auf 2,7% in KW 9 reduziert.

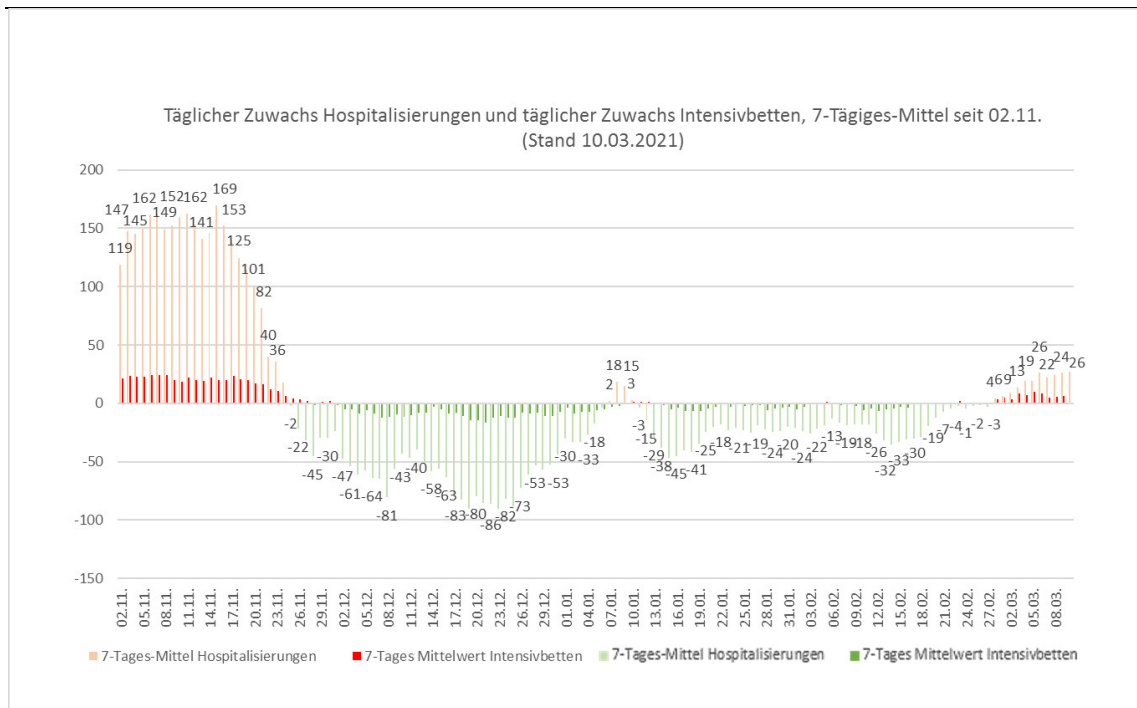
3 Systemrisiko

Abbildung 15:
Hospitalisierungen und Intensivbetten



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

Abbildung 16:
Täglicher Zuwachs Hospitalisierungen und täglicher Zuwachs Intensivbetten, 7 Tägiges-Mittel seit 2.11.



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

3.1 Aktuelle Prognose des COVID Prognose Konsortiums

Am Dienstag, 9.3.2021 wurde eine neue Prognose der Entwicklung der COVID-19 Fälle errechnet.

Die Kapazitätsvorschau sieht in Wien eine Überschreitung der Auslastungsgrenze von 33% COVID Belag an der ICU-Gesamtkapazität bis zum 24.3. vor. In weiteren Bundesländern (B, NÖ) ist eine Überschreitung dieser Grenze innerhalb des 68%-Intervalls möglich.

In der Vorperiode (Prognose vom 2.3.) lag in Vorarlberg die beobachtete 7-Tages-Inzidenz unterhalb des 68%-Prognoseintervalls. Als ein Grund wird die vergleichsweise geringe N501Y-Prävalenz vermutet.

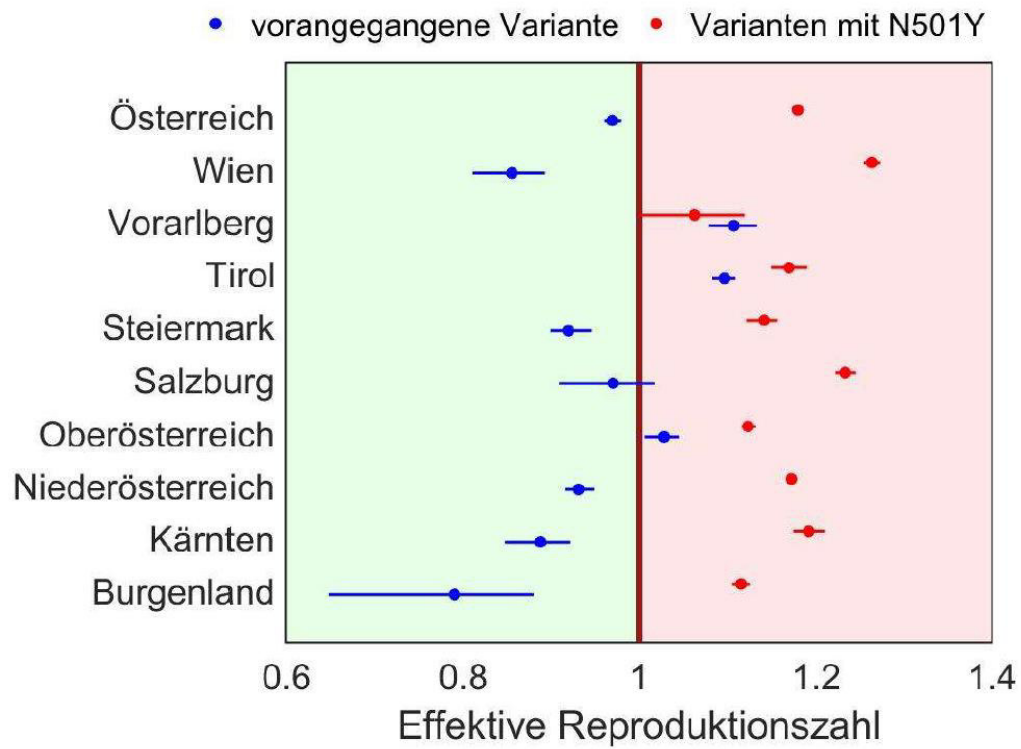
Die effektive Reproduktionszahl lag in den letzten Tagen auf einem Niveau von etwa 1,1. Die Prognosen gehen von einer Fortsetzung dieses Trends aus, der sich in einem stetigen Wachstum der Inzidenz manifestiert. Dafür werden folgende Faktoren als maßgeblich erachtet.

- Mit Ausnahme Vorarlbergs und Tirols sind Infektionen mit der Mutation N501Y (vorwiegend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) bereits dominant (deutlich größer als 60%, Österreichweit betrug der Anteil rund 75%).
- Im Laufe des letzten Monats hat sich die Anzahl der behördlich angeordneten PCR- und Antigentests auf einem hohen Niveau von rund 250.000 Tests/Tag stabilisiert. Der Anstieg der Fallzahlen ist somit kaum auf die Veränderung des Testregimes zurückzuführen.

Im Prognosezeitraum der Kapazitätsvorschau wird der Impffortschritt innerhalb der Altersgruppe der 65-79jährigen, die für den Großteil des Spitalsbelags verantwortlich ist (rund 45% an allen ICU-Aufenthalten), derzeit mit 2-3% als zu gering eingeschätzt, um einen maßgeblichen Einfluss auf die Hospitalisierungsrate zu haben. Überdies wird im Belagsmodell die Durchimpfungsrate implizit über die Altersstruktur der inzidenten Fälle sowie die gegenwärtigen Hospitalisierungsraten berücksichtigt.

Der Anstieg der Prävalenz von Verdachtsfällen, die im Rahmen eines Vorscreenings positiv auf die Mutation N501Y getestet wurden (im Folgenden bezeichnet als „Mutanten“ oder „Fälle mit Mutation“), setzte sich in der letzten Woche fort. Im Burgenland betrug der Anteil der Mutanten in KW 9 bereits 94% (Anteil bestätigter Fälle im Vergleich zu allen auf die Mutation untersuchten Proben abzüglich nicht auswertbarer Proben). Anhand der Ausbreitungsdynamik zwischen KW7 und KW9 lässt sich eine effektive Reproduktionszahl der Mutanten schätzen, die um durchschnittlich 22% höher (95% KI 20-23%) ist als die der vorangegangenen Variante (siehe Abbildung 1). Unter den in KW 7 bis KW 9 geltenden Maßnahmen/Adherence-Bedingungen führte dies zu einer effektiven Reproduktionszahl von 1,18 der Mutante (95% KI 1,17-1,19) und 0,97 der vorangegangenen Variante (95% KI 0,96 – 0,98).

Abbildung 17:
Schätzung der effektiven Reproduktionszahl für COVID 19 Varianten für den Zeitraum
KW 7 bis KW 9

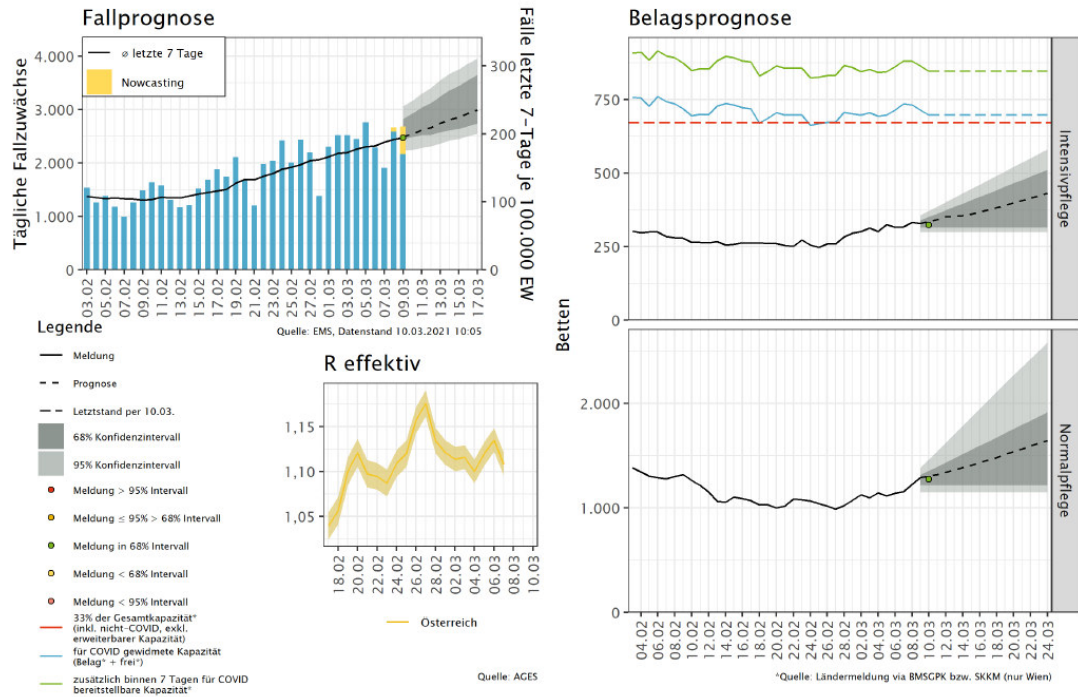


Quelle: COVID Prognose Konsortium, Stand: 9.03.2021

Abbildung 18:
Prognose vom 9.03.2021

Österreich

Berichtstag 10.03.2021
Prognose vom 09.03.2021



Quelle: GÖG Prognose & Kapazitätsschau, Stand: 9.03.2021

Fallprognose

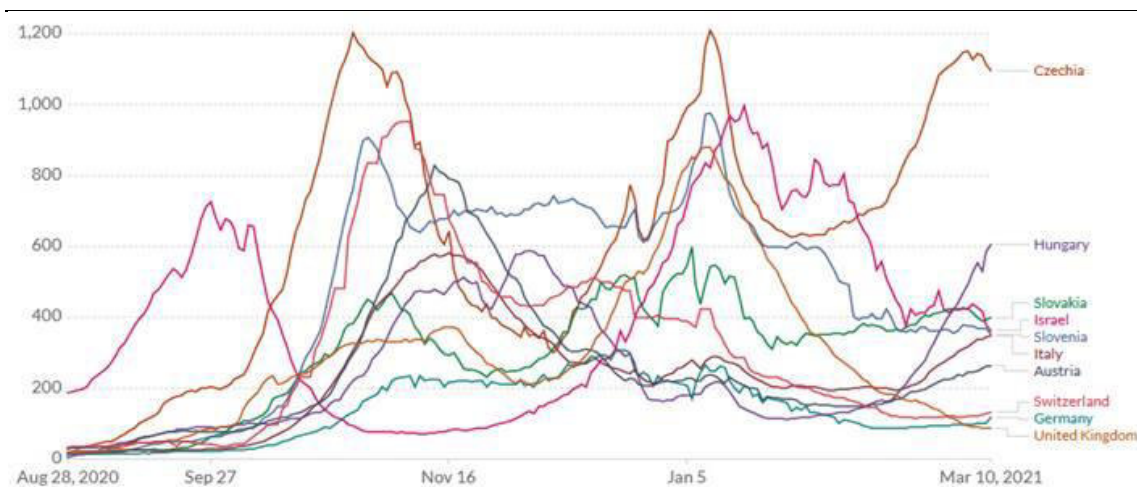
- Die aktuellen Prognosen gehen von einem Infektionsgeschehens von rund 2.900 Fälle/Tag aus (2.700 Fälle/Tag am 1. Prognosestag bis 3.200 Fälle/Tag am letzten Prognosestag). Am letzten Prognosestag (17.03.) wird eine 7-Tages-Inzidenz von 235 erwartet (95% KI: 201-311).
- Die Entwicklung in den einzelnen Bundesländern ist dabei sehr unterschiedlich. Die Spannweite der 7-Tages-Inzidenz am letzten Prognosestag reicht von 88 in Vorarlberg bis 320 im Burgenland.
- Die stärksten Anstiege werden für Salzburg und Kärnten prognostiziert, wo das Fallgeschehen stark von einzelnen Bezirken (v.a. Hermagor, St. Johann im Pongau) getrieben wird. Zudem korreliert dieser Anstieg stark mit der Verbreitung der Varianten mit der Mutation N501Y.

Belagsprognose

- Die Kapazitätsvorschau sieht in Wien eine Überschreitung der Auslastungsgrenze von 33% COVID Belag an der ICU-Gesamtkapazität bis zum 24.3. vor. In weiteren Bundesländern (B, NÖ) ist eine Überschreitung dieser Grenze innerhalb des 68%-Intervalls möglich.
- Österreichweit wird von einem Anstieg des Belages auf ICU von 329 (am 09.03.) auf 432 (am 24.03.) ausgegangen. Dies entspricht einem Anteil des COVID-Belags an der ICU-Gesamtkapazität von 21,4% (24.03.). Mit 68% Wahrscheinlichkeit liegt der ICU-Belag am 24.03. zwischen 315 und 511.
- Auf Normalstationen wird ein Anstieg des Belages von 1.287 (am 09.03.) auf 1.645 (am 24.03.) erwartet. Mit 68% Wahrscheinlichkeit liegt der Belag auf Normalstationen am 24.03. zwischen 1.213 und 1.915. Gemäß der am 9. 3. im Rahmen der BMSGPK-Berichtsschiene gemeldeten Kapazitäten kommt es innerhalb des Prognosezeitraums (Punktschätzer) in keinem Bundesland zu einer Überschreitung der verfügbaren Intensivbetten.

4 Maßnahmen in ausgewählten Ländern/Ländervergleich

Abbildung 19:
Ländervergleich 7-tägiges Mittel Inzidenz



Quelle: OurWorldInData; 7-tägiges Mittel pro 1 Mio. EW; Stand 10.03.2021

Die nachfolgende Maßnahmenübersicht basiert auf den rezent von den österreichischen Botschaften der Nachbarstaaten übermittelten Berichten, die in einem Überblicksdokument „Maßnahmen anderer EU-MS (+ CH/UK/NO/IS) hinsichtlich Corona-Virus“ seitens BMEIA zusammengefasst wurden (Stand 08.03.2021 12:00).

6 von 13 betrachteten Ländern befinden sich in einem bundesweiten Lockdown, wobei 3 Länder (Ungarn und Tschechien, sowie Deutschland) den Lockdown rezent verschärft bzw. verlängert haben. In weiteren 6 Ländern gelten Restriktionen, teilweise auf regionaler Ebene. Die Situation ist nach wie vor heterogen. Zwei Länder (Slowenien und Schweiz) befinden sich in einer Phase der schrittweisen Öffnung.

Berichte über die Verbreitung von neuen Virusvarianten nehmen zu. In mehreren Ländern hat sich insbesondere die Variante B.1.1.7 zur Dominanten Variante entwickelt.

Es werden erste Regelungen für Geimpfte und Genesene getroffen. Diese betreffen primär (Ein)Reise- bzw. Quarantänebestimmungen. In diesen Bereichen gelten für Geimpfte und Genesene in einigen Ländern Erleichterungen.

Tabelle 5:
Kurzübersicht aktuell gültiger Maßnahmen und 7-Tages-Inzidenz der Nachbarstaaten

Legende:

Offen bzw. keine Beschränkung
Teilweise offen bzw. mit Ausnahmen oder bestimmten Regelungen
Geschlossen bzw. bestehende Beschränkung
Keine näheren Angaben

	Ausgangsbeschränkungen	Kindergarten / Pflichtschule ²⁾	Sekundarstufe ²⁾	Tertiärer Bildungsbereich ²⁾	Handel und Dienstleistungssektor ¹⁾	Beherbergung	Gastronomie	Freizeit, Sport und Kultur	Status
Dänemark									Geöffnet mit (regionalen) Einschränkungen
Deutschland	Verlängert bis 28.3								Lockdown, Lockerungen je nach Inzidenz geplant
Finnland									Geöffnet mit (regionalen) Einschränkungen
Großbritannien	Öffnung nach 4-Schritte Roadmap								Lockdown
Irland									Lockdown
Italien	Je nach Zone				Je nach Zone	Je nach Zone	Je nach Zone		regionale Einschränkungen (bis hin zu regionalem Lockdown)
Norwegen									Geöffnet mit (regionalen) Einschränkungen
Schweden		Regional Distance Learning	Regional Distance Learning		Best. Regionen				Geöffnet mit Einschränkungen, rezent Verschärfungen
Schweiz									Schrittweise Öffnung
Slowakei		Regional	Regional						Lockdown
Slowenien							Regionale Lockerung		Schrittweise Öffnung
Tschechien									Lockdown
Ungarn									Lockdown ab 8.3.

1) Hinweis: Lebensmittelhandel überall geöffnet /

2) Ferienzeit nicht dargestellt / Status: Kurzbeschreibung der aktuellen Situation

GÖG – eigene Darstellung

5 Impfung

Abbildung 20:
Durchimpfungsrate mit mindestens 1. Dosis österreichweit per 10.3.2021

mind. 1. Dosis	Zeitverlauf nach KW mit Stichtag jeweils Dienstag										
	KW53	KW01	KW02	KW03	KW04	KW05	KW06	KW07	KW08	KW09	KW10
insgesamt	0,02%	0,07%	0,55%	1,59%	2,31%	2,59%	2,79%	3,15%	3,88%	5,16%	6,78%
ab 16	0,03%	0,09%	0,65%	1,88%	2,73%	3,06%	3,30%	3,73%	4,58%	6,10%	8,01%
ab 65	0,05%	0,18%	0,92%	3,01%	4,52%	5,13%	5,46%	5,94%	7,47%	10,50%	15,20%
ab 75	0,08%	0,30%	1,44%	4,70%	7,25%	8,32%	8,86%	9,62%	12,36%	17,91%	26,42%
ab 80	0,13%	0,44%	2,13%	6,99%	11,03%	12,78%	13,60%	14,73%	19,20%	28,39%	42,05%
16 bis 64	0,02%	0,06%	0,57%	1,55%	2,21%	2,46%	2,67%	3,08%	3,74%	4,82%	5,92%
65 bis 69	0,02%	0,06%	0,35%	1,17%	1,57%	1,73%	1,85%	2,01%	2,31%	2,75%	3,46%
70 bis 74	0,03%	0,08%	0,44%	1,44%	1,95%	2,12%	2,25%	2,46%	2,76%	3,30%	4,31%
75 bis 79	0,03%	0,11%	0,57%	1,82%	2,51%	2,73%	2,91%	3,21%	3,79%	4,76%	6,79%
80 bis 84	0,07%	0,27%	1,26%	4,28%	7,59%	9,30%	9,91%	10,96%	14,86%	22,50%	37,75%
ab 85	0,19%	0,64%	3,08%	9,96%	14,79%	16,58%	17,63%	18,85%	23,94%	34,83%	46,75%

Quelle: E-Impfpass, Berechnungen BMSGPK

Abbildung 20 zeigt die Durchimpfungsrate (1. Dosis) je Altersgruppe und Kalenderwoche, wobei zu berücksichtigen ist, dass die dargestellten Raten vom Erfassungsgrad der Impfungen im E-Impfpass abhängen.

6 Diskussionsgrundlage für Empfehlungen der Corona Kommission

Die analysierten Daten zeigen für die vergangenen 13 Epidemietage eine Änderungsrate von +1,04% (per 8.03.2021). **Die 7-Tagesinzidenz ist in Österreich** im Zeitraum 03.03.-09.03.2021 auf 186,9 pro 100.000 EW – im Vergleich zu einer 7-Tagesinzidenz von 170,3/100.000 EW der Vorwoche – gestiegen. Die effektive Reproduktionszahl (R_{eff}) lag zuletzt bei 1,1 (per 08.03.2021).

Das **Augenmerk wurde auf die Altersgruppe der unter 25-Jährigen und der über 65-Jährigen gelegt**. Dabei ist festzuhalten, dass in den vergangen 3 Wochen ein Anstieg in der Altersgruppe, der unter 25-Jährigen feststellbar ist. Dieser kann mit der Einführung des systematischen Testens in Bildungseinrichtungen assoziiert werden, wodurch eine Verringerung der Dunkelziffer erreicht werden konnte. Der raschen Abklärung und Weiterverfolgung von positiven Testergebnissen an Schulen durch die Gesundheitsbehörden kommt in diesem Zusammenhang große Bedeutung zu. Deshalb empfiehlt die Corona Kommission eine weiterhin enge Abstimmung zwischen regionalen Gesundheits- und Bildungsbehörden, um insbesondere die Verdachtsabklärung bei weiteren Familienangehörigen der betroffenen Schülerinnen und Schüler rasch vorzunehmen. Trotz der steigenden Infektionszahlen unter den 6- bis 19-Jährigen werden gegebenenfalls erforderliche Schließungen einzelner Klassen oder Standorte als ausreichend erachtet. Eine Notwendigkeit zu großflächigeren regionalen Schulschließungen wird derzeit nicht gesehen.

Seit Jahresbeginn kann ein relevanter Rückgang von **Neuinfektionen, aktiven Fällen und Clustern in den Alten- und Pflegeheimen** und der damit verbundenen Mortalität beobachtet werden. Dies kann mit den gesetzten Präventionsmaßnahmen und der mittlerweile hohen Durchimpfungsrate in dieser Bevölkerungsgruppe in Verbindung gebracht werden. Insgesamt steigt jedoch die 7-Tagesinzidenz der über 65-Jährigen österreichweit an.

Die **Belastung des Gesundheitssystems** ist im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Die COVID-spezifische Belastung der Intensivstationen lag per 10.3.2021 bei 16,1% bezogen auf alle gemeldeten Intensivbetten Österreichs. Die Prognoserechnungen zeigen erneute Anstiege **der Auslastung von Intensivstationen auf 21,4% (432 Fälle) bis zum 24.3.2021** (COVID Prognose Konsortium).

Ein neuerlicher dynamischer Anstieg der inzidenten Fälle kann die Lage in den Intensivstationen zum Zusammenbruch bringen. Der angestrebte Regelbetrieb der Spitäler kann ab **einer COVID-spezifische ICU-Auslastung von etwa 10%** (= ca. 200 belegten Betten) wiederhergestellt werden. Die inzidenten täglichen Fälle müssten hierfür unter Berücksichtigung der aktuellen Altersstruktur und Hospitalisierungswahrscheinlichkeit konstant bei weniger als 1.250 liegen. Zusätzlich ist der aktuell bestehende Belag mit zu berücksichtigen, dessen Rückgang verhalten verläuft (COVID Prognose Konsortium).

Im Prognosezeitraum der Kapazitätsvorschau wird der Impffortschritt innerhalb der Altersgruppe der 65-79jährigen, die für den Großteil des Spitalsbelags verantwortlich ist (rund 45% an allen ICU-Aufenthalten), derzeit mit 2-3% als zu gering eingeschätzt, um einen maßgeblichen Einfluss auf die Hospitalisierungsrate zu haben. Daher ist diese Al-

tersgruppe hinsichtlich Impfstrategie besonders prioritär zu sehen. Überdies wird im Be-lagsmodell die Durchimpfungsrate implizit über die Altersstruktur der inzidenten Fälle sowie die gegenwärtigen Hospitalisierungsraten berücksichtigt (COVID Prognose Kon-sortium).

Im Laufe der letzten drei Kalenderwochen hat sich die Anzahl der behördlich angeord-neten PCR- und Antigentests auf einem hohen Niveau von rund 250.000 Tests/Tag ein-gependelt. Der Anstieg der Fallzahlen ist somit – mit Ausnahme der Altersgruppe der unter 25-Jährigen – kaum auf die Veränderung der Teststrategie zurückzuführen (COVID Prognose Konsortium).

Mit Ausnahme Vorarlbergs und Tirols sind Infektionen mit der Mutation N501Y (vorwie-gend der Variante B.1.1.7 zuzuordnen) bereits dominant (deutlich größer als 60%, Ös-terreichweit betrug der Anteil rund 75 Prozent). Der Anstieg der Prävalenz von Ver-dachtsfällen, die im Rahmen eines Vorscreenings positiv auf die Mutation N501Y getes-tet wurden (im Folgenden bezeichnet als „Mutanten“ oder „Fälle mit Mutation“), setzte sich in der letzten Woche fort. Im Burgenland betrug der Anteil der Mutanten in KW 9 bereits 94% (Anteil bestätigter Fälle im Vergleich zu allen auf die Mutation untersuchten Proben abzüglich nicht auswertbarer Proben). Anhand der Ausbreitungsdynamik zwi-schen KW7 und KW9 lässt sich eine effektive Reproduktionszahl der Mutanten schätzen, die um durchschnittlich 22% höher (95% KI 20-23%) ist als die der vorangegangenen Va-riante (siehe Abbildung 1). Unter den in KW 7 bis KW 9 geltenden Maßnahmen/Ad-herence-Bedingungen führte dies zu einer effektiven Reproduktionszahl von 1,18 der Mutante (95% KI 1,17-1,19) und 0,97 der vorangegangenen Variante (95% KI 0,96 – 0,98).

Zudem hat sich die Corona Kommission erneut zur Verbreitung der Virusvariante B1.351 beraten. Am stärksten von dieser Variante betroffen waren in KW 9 nunmehr die Bun-desländer Wien (37 Fälle), Tirol (22 Fälle) und Oberösterreich (6 Fälle). Es wird empfo-hlen die in Tirol erfolgreich angewandten Maßnahmen (z.B. Testen der K1- & K2-Personen mit PCR-Verfahren; Kontaktpersonenerhebung bis zu 96 Stunden zurück, intensiviertes Testangebot mit Bereitstellung von PCR-Tests an die gesamte Bevölkerung etc.) auch in den weiteren betroffenen Bundesländern anzuwenden.

Die Corona Kommission kommt auf Basis der obigen Ausführungen zu dem Schluss, dass das Infektionsgeschehen ausgehend von einem hohen Niveau in der Mehrheit der **Bun-desländer deutliche Anstiege zeigt, die sich gemäß Prognosen fortsetzen werden**. Die Corona Kommission empfiehlt daher die notwendigen präventiven Maßnahmen zur Kontaktreduktion sowie regelmäßige, flächendeckende Testungen zu forcieren.

Bei anhaltenden Steigerungen des Infektionsgeschehens empfiehlt die Kommission be-reits gesetzte Lockerungsschritte zu überprüfen und ab einer bundesweiten 7-Tagesin-zidenz von >200/100.000 Einwohner diese auch gegebenenfalls zurückzunehmen. **Dem Offenhalten von Bildungseinrichtungen sollte oberste Priorität eingeräumt werden**. Im Rahmen der Diskussion wird festgehalten, dass bei weiter ansteigenden Fallzahlen die Lockerung der Besuchsregelungen im Spitalsbereich zu überdenken ist.

Die Anstiege in den Intensivstationen erfolgen erfahrungsgemäß zeitversetzt zum Auftreten steigender Inzidenzen. **Die Entwicklungen sind weiterhin engmaschig zu beobachten und etwaige Lockerungsschritte daran zu knüpfen.**

Die Kapazitätsvorschau sieht in Wien eine Überschreitung der Auslastungsgrenze von 33% COVID Belag an der ICU-Gesamtkapazität bis zum 24.3. vor. In weiteren Bundesländern (B, NÖ) ist eine Überschreitung dieser Grenze innerhalb des 68%-Intervalls möglich (COVID Prognose Konsortium). Aus diesem Grund empfiehlt die Corona Kommission allen Bundesländern und insbesondere den Bundesländern Wien, Burgenland und Niederösterreich Maßnahmen in den Spitälern zu setzen, um auf die bevorstehenden Anstiege in den Intensivstationen vorbereitet zu sein.

Weiterhin ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass die **erforderliche Akzeptanz der Bevölkerung gewährleistet wird**, um die notwendigen Rückgänge des Fallgeschehens erreichen zu können.

Aspekte der psychosozialen Gesundheit sind bei allen Maßnahmen mit zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund unterstützt die Corona Kommission die Umsetzung von Lockerungen für Kinder- und Jugendliche.