

# Die COVID-19-Pandemie in Österreich

Bestandsaufnahme und Handlungsrahmen

Version 1.0



## Impressum

### **Medieninhaber und Herausgeber:**

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)  
Stubenring 1, 1010 Wien

### **Verlags- und Herstellungsort:** Wien

**Autorinnen und Autoren:** Sarah Burgmann, Caroline Czasch, Joy Ladurner (Kapitel 1: Einleitung)

Bernhard Benka, Irene Kászoni-Rückerl, Mona Malek (Kapitel 2: Virusbeschreibung)

Bernhard Benka, Irene Kászoni-Rückerl, Mona Malek (Kapitel 3: Phasen des Pandemiemanagements)

Sylvia Füzsl, Esther Ayasch, Lukas Fischer (Kapitel 4: Rechtliche Rahmenbedingungen)

Bernhard Benka, Irene Kászoni-Rückerl, Mona Malek (Kapitel 5: Internationale und nationale Zusammenarbeit)

Lena Jäger (Kapitel 6: Kommunikation)

Monika Redlberger-Fritz (Kapitel 7: Diagnostik)

Peter Kreidl, Franz Allerberger, Daniela Schmid (Kapitel 8: Surveillance und Meldewesen)

Robert Muchl, Julia Krainz (Kapitel 9: Infektionshygienische Maßnahmen)

Robert Muchl, Gabriela El Belazi (Kapitel 10: Krankenhaushygienische Maßnahmen)

Robert Muchl, Julia Krainz (Kapitel 11: Öffentlicher Gesundheitsdienst)

Gerhard Fülöp, Karin Eglau, Petra Paretta, Caroline Czasch, Sarah Burgmann, Gerhard Embacher (Kapitel 12: Sicherstellung der Kapazitäten)

Christoph Baumgärtel (Kapitel 13.1: Antivirale Arzneimittel und weitere Therapeutika)

Maria Paulke-Korinek, Katja Fischer, Thomas Hausmann (Kapitel 13.2: Impfstoffe)

Robert Muchl, Christine Hain (Kapitel 14: Schulungen und Pandemieübungen)

Ilana Ventura, Stefan Eichwalder, Franziska Mondl (Kapitel 15: Beschaffung von Schutzausrüstung und Medizinprodukten in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie)

Michael Kierein, Christina Dietscher, Daniela Kern, Alexander Grabenhofer-Eggerth, Maria Sagl, Veronika Eichinger (Kapitel 16: Psychosoziale Faktoren – Maßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit in Zusammenhang mit Pandemien)

**Erster Review durch Fachexpertinnen/Fachexperten:** Gerhard Aigner (Kapitel 4:

Rechtliche Rahmenbedingungen), Alexander Blacky (Kapitel 9: Infektionshygienische Maßnahmen), Heinz Burgmann (Kapitel 7: Diagnostik), Armin Fidler (Kapitel 12:

Sicherstellung der Kapazitäten), Andreas Herndler (Kapitel 3: Phasen des

Pandemiemanagements, Kapitel 14: Schulungen und Pandemieübungen, Kapitel 15:

Beschaffung von Schutzausrüstung und Medizinprodukten in Zusammenhang mit der

COVID-19-Pandemie), Barbara Juen (Kapitel: 16: Psychosoziale Faktoren – Maßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit in Zusammenhang mit Pandemien), Herwig Kollaritsch (Kapitel 2: Virusbeschreibung, Kapitel 13.2: Impfstoffe), Peter Kreidl (Kapitel 5: Internationale und nationale Zusammenarbeit), Irmgard Lechner (Kapitel 11: Öffentlicher Gesundheitsdienst), Sabine Maritschnik, Ali Chakeri, Lukas Richter, Merle Böhmer, Robert Kellner und Heimo Wallenko (Kapitel 8: Surveillance und Meldewesen), Elisabeth Presterl (Kapitel 10: Krankenhaushygienische Maßnahmen), Andrea Würz (Kapitel 6: Kommunikation), Markus Zeitlinger (Kapitel 13.1: Antivirale Arzneimittel und weitere Therapeutika)

### **Zweiter Review durch Landessanitätsdirektorinnen/-direktoren**

#### **Projektteam:**

**GÖG:** Herwig Ostermann, Sarah Burgmann, Caroline Czasch, Joy Ladurner, Romana Landauer

**BMSGPK:** Bernhard Benka, Reinhild Strauß, Silvia Füzsl, Mona Malek, Irene Kászoni-Rückerl, Esther Ayasch, Lukas Fischer, Elisabeth Reich, Ulrich Herzog

**Lektorat:** Markus Tinhof (GÖG)

**Copyright Titelbild:** © istockphoto.com

**Druck:** Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)

Wien, 2021

#### **Alle Rechte vorbehalten:**

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronischen Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen im Zuge wissenschaftlicher Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorinnen / der Autoren ausgeschlossen ist. Rechtsausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin / des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

**Bestellinfos:** kostenlos zu beziehen über das Broschürenservice des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 oder per E-Mail unter [broschuerenservice@sozialministerium.at](mailto:broschuerenservice@sozialministerium.at).

## Vorwort



Dr. Wolfgang Mückstein  
© BKA / Andy Wenzel

Liebe Leserin, lieber Leser!

Am 19. April 2021 wurde ich – mit großer Freude, aber auch mit Respekt vor dem Amt – als Sozial- und Gesundheitsminister angelobt. Mein Amtsantritt fiel in eine heikle Phase der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie, mit deren Auswirkungen ich in meiner Funktion als Hausarzt in der Praxis schon früh befasst war. Meine jetzige Wirkungsstätte, das Sozial- und Gesundheitsressort, wurde unmittelbar nach der Angelobung meines Vorgängers Rudolf Anschober im Jänner 2020 mit der Pandemie konfrontiert. Das Ministerium erreichten Meldungen aus China, wonach sich tausende Menschen in der Region um Wuhan mit einem neuartigen Coronavirus infiziert hätten. Expertinnen und Experten sowie die Verantwortlichen im Ministerium beobachteten diese Entwicklung in enger Abstimmung mit der WHO und den europäischen Partnerinnen und Partnern sehr genau.

Ende Jänner 2020 erreichte das SARS-CoV-2-Virus Europa, und am 25. Februar gab es die ersten zwei bestätigten Fälle in Innsbruck. Nach anfänglichen Schwierigkeiten, die aus einer allen bis dato in ihrer Dimension unbekanntem Bedrohung resultierten, richtete die Regierung im Innenministerium einen Krisenstab ein, dem es alsbald gelang, die Situation unter Kontrolle zu bringen. Auch mein Ministerium wurde in den Krisenmodus versetzt. Ein eigener Krisenstab ebenso wie eine beratende Taskforce mit den besten Fachleuten im Land, darunter Virologinnen und Virologen, Public-Health-Expertinnen und -Experten sowie Simulationsexpertinnen und -experten, nahmen die Arbeit auf. Die WHO hatte die Epidemie mittlerweile zur globalen Pandemie hochgestuft. Wie heftig dieses Coronavirus die Welt treffen würde, hat damals noch niemand geahnt. Die bisherigen Erfahrungen haben uns gezeigt, dass die COVID-19-Pandemie keinen Lebensbereich unberührt lässt. Jede und jeder ist davon betroffen, und die Folgen dieser Krise werden uns noch lange beschäftigen.

Dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz kam über Nacht in der Bekämpfung der Pandemie eine Schlüsselrolle zu. Das hat uns sehr gefordert und verlangte von jeder einzelnen Mitarbeiterin und jedem einzelnen Mitarbeiter Ausdauer und überdurchschnittlichen Einsatz. Das Gesundheitsministerium übernahm im Rahmen des Pandemiemanagements die Rolle als Koordinator aller beteiligten Akteurinnen und Akteure, Institutionen, Gremien und weiterer Stakeholder.

Die Österreicherinnen und Österreicher müssen sich auf ihre Regierung und während der Bekämpfung der heftigsten Pandemie seit mehr als 100 Jahren vor allem auf ihr Gesundheitsministerium verlassen können. Das Vertrauen jeder einzelnen Bürgerin und jedes einzelnen Bürgers gilt es zu bewahren. Das ist leichter in Zeiten des Erfolgs, wie im Frühjahr 2020, als es der Bundesregierung gemeinsam mit der Bevölkerung gelang, die Infektionszahlen recht schnell zu senken und damit das Gesundheitssystem vor einer massiven Überlastung zu bewahren, während uns aus anderen Ländern Schreckensbilder der Pandemie erreichten. Es ist aber umso wichtiger, das Vertrauen aller auch dann zu behalten, wenn die Infektionszahlen steigen, so wie wir es in den letzten Monaten wiederholt erlebten.

Die Bevölkerung musste und muss massive Eingriffe in die Grund- und Freiheitsrechte dulden. Diese Maßnahmen wurden zum Schutz der Gesundheit gesetzt. Auch für mich als neuen Gesundheitsminister sind Schutzmaßnahmen wesentlich, um Menschenleben zu retten. Für mich als Menschen, der die Menschenrechte und die Freiheit als wertvollstes Gut erachtet, ist die Einschränkung dieser jedoch nie eine leichte Entscheidung.

Um für die Zukunft besser gerüstet zu sein, gilt es aus Erfahrungen zu lernen. In der Verwaltung wurden im Zuge des bisherigen Pandemiemanagements viele Normen, Fachdokumente und Strategien entwickelt. Nun gilt es dieses Wissen in möglichst aktueller Form jenen zur Verfügung zu stellen, die für das Pandemiemanagement zuständig sind. Das Ihnen hier vorliegende Dokument „COVID-19-Pandemie. Bestandsaufnahme, Handlungsrahmen“ soll dieses Wissen gesammelt, transparent und in immer wieder aktualisierter Form darstellen, um ein österreichweit einheitliches Vorgehen auch in Zukunft zu fördern.

Unter dem Titel „Österreich impft“ ist im Jänner 2021 die bundesweite Initiative zur Corona-Schutzimpfung gestartet. Aufklärung steht dabei an oberster Stelle, um Falschmeldungen und Unwahrheiten auszuräumen. Unser Ziel ist es, dass spätestens in diesem Sommer alle Menschen in Österreich, die sich impfen lassen wollen, eine umfassend geprüfte, sichere und wirksame Schutzimpfung gegen das Coronavirus erhalten. Sie ist der derzeit beste Schutz gegen eine Erkrankung an COVID-19 und der wichtigste Schritt auf dem gemeinsamen Weg zurück zur Normalität.

Abschließend darf ich meinen persönlichen Dank und meine höchste Wertschätzung all jenen Menschen übermitteln, die für die Entstehung des vorliegenden Dokuments einen Beitrag geleistet haben, und mich bereits im Vorhinein für seine so wichtige und notwendige weitere Aktualisierung bedanken.

Dr. Wolfgang Mückstein  
Bundesminister

## Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>5</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>13</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>14</b>
<b>Abkürzungen</b> .....	<b>15</b>
<b>Glossar</b> .....	<b>19</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>21</b>
<b>2 Virusbeschreibung</b> .....	<b>24</b>
2.1 Zusammenfassung .....	24
2.2 Einleitung .....	24
2.3 SARS-CoV-2 .....	24
2.4 Übertragung.....	25
2.5 Symptomatik.....	26
2.6 Risikogruppen für schwere Verläufe .....	27
2.7 Immunität .....	28
2.8 Zentrale Dokumente .....	29
<b>3 Phasen des Pandemiemanagements</b> .....	<b>30</b>
3.1 Zusammenfassung .....	30
3.2 Verlauf von Epidemien und Pandemien .....	30
3.3 Vorbereitung und Reaktion auf eine Pandemie (Preparedness and Response) .....	31
3.4 Maßnahmen zur Pandemiebewältigung .....	33
3.5 Verlauf der COVID-19-Pandemie in Österreich .....	34
3.6 Risikoeinschätzung und Maßnahmenplanung.....	35
3.7 Zentrale Dokumente .....	36
<b>4 Rechtliche Rahmenbedingungen</b> .....	<b>37</b>
4.1 Zusammenfassung .....	37
4.2 Einleitung .....	38
4.3 Relevante rechtliche Grundlagen für Österreich im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 .....	39
4.4 Meldepflichten.....	40
4.5 Maßnahmen in Bezug auf Kranke, Krankheitsverdächtige und Ansteckungs- verdächtige .....	40
4.6 Weitere Maßnahmen nach dem Epidemiegesetz 1950 .....	42
4.6.1 Erhebungen über das Auftreten einer Krankheit .....	42
4.6.2 Durchführung von Screeningprogrammen.....	42

4.6.3	Maßnahmen gegen das Zusammenströmen größerer Menschenmengen .....	43
4.6.4	Anordnung von Schutzmaßnahmen, Schutzimpfungen .....	43
4.6.5	Verkehrsbeschränkungen gegenüber dem Ausland.....	43
4.6.6	Epidemieärztinnen/-ärzte und andere geeignete Personen zur Unterstützung bei Maßnahmen .....	43
4.6.7	Mitwirkung von Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes .....	44
4.7	Maßnahmen nach COVID-19-Maßnahmengesetz.....	44
4.8	Beratungsgremien .....	45
4.9	Maßnahmen im Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung sowie mit Impfungen.....	45
4.10	Zentrale Dokumente .....	46
<b>5</b>	<b>Internationale und nationale Zusammenarbeit .....</b>	<b>47</b>
5.1	Zusammenfassung .....	47
5.2	Internationale Zusammenarbeit.....	47
5.3	Nationale Zusammenarbeit .....	49
5.5	Zentrale Dokumente.....	52
<b>6</b>	<b>Kommunikation.....</b>	<b>53</b>
6.1	Zusammenfassung .....	53
6.2	Einleitung .....	53
6.3	Ausgangslage .....	54
6.3.1	Sensibilisierung .....	55
6.4	Abgrenzung zwischen Risiko- und Krisenkommunikation.....	58
6.5	Grundsätze und Regeln von Risiko- bzw. Krisenkommunikation .....	58
6.6	Herausforderungen der COVID-19-Krisenkommunikation.....	62
6.7	Die Bedeutung der sozialen Medien.....	63
6.7.1	Community-Management .....	63
6.7.2	Corona-Desinformation „Infodemie“ [62].....	63
6.8	Beispiele konkreter Kommunikationsmaßnahmen .....	64
6.9	Aus der Krise lernen.....	67
6.10	Zentrale Dokumente .....	68
<b>7</b>	<b>Diagnostik .....</b>	<b>69</b>
7.1	Zusammenfassung und Ausblick.....	69
7.2	Allgemeines.....	69
7.3	Diagnostikverfahren .....	70
7.3.1	Diagnostische Methode für den direkten Virusnachweis .....	70
7.3.2	Verwendbare Methoden für den direkten Virusnachweis.....	70



7.3.3 Diagnostische Methode für den indirekten Virusnachweis virusspezifischer Antikörper im Serum oder Vollblut.....	71
7.4 Probennahme und Probentransport .....	72
7.5 Testangebot .....	72
7.6 Zentrale Dokumente .....	72
<b>8 Surveillance und Meldewesen .....</b>	<b>74</b>
8.1 Zusammenfassung .....	74
8.2 Einleitung .....	74
8.3 COVID-19-Verdachts-, -Erkrankungs- und -Todesfälle .....	74
8.4 Das Epidemiologische Meldesystem EMS .....	75
8.5 Identifikation und Meldung von Verdachtsfällen.....	76
8.6 Meldung bestätigter Fälle (Erkrankungsfälle) .....	77
8.7 Meldung hospitalisierter Fälle .....	77
8.8 Meldung von Todesfällen .....	77
8.9 Definition Genesener.....	78
8.10 Contact-Tracing .....	78
8.10.1 Identifikation von Kontaktpersonen.....	79
8.11 Cluster-Tracing .....	79
8.12 Analyse und Interpretation der Surveillancedaten.....	80
8.12.1 Definition von Kontaktpersonen .....	81
8.13 Nachverfolgung und Absonderung von Kontaktpersonen .....	83
8.14 Sentinel-Surveillance Daten .....	84
8.15 Screening.....	84
8.16 Bevölkerungsweite Testungen .....	85
8.17 Kommunikation von Surveillance Daten .....	85
8.18 Zentrale Dokumente .....	86
<b>9 Infektionshygienische Maßnahmen .....</b>	<b>88</b>
9.1 Zusammenfassung .....	88
9.2 Einleitung .....	88
9.3 Personenbezogene Maßnahmen.....	88
9.3.1 Persönliche Hygiene.....	89
9.3.2 Verhaltensmaßnahmen .....	89
9.4 Gesellschaftliche Maßnahmen .....	89
9.4.1 Arbeit und Wirtschaft .....	90
9.4.2 Bildung .....	90
9.4.3 Schutz von Risikogruppen.....	90
9.4.4 Treffen und Veranstaltungen.....	90

9.5 Einsatz von Schutzmasken .....	91
9.5.1 Arten von Schutzmasken [118].....	91
9.5.2 Schutzmasken in der Öffentlichkeit.....	92
9.5.3 Schutzmasken bei Kindern.....	92
9.5.4 Gesichtsschilde, Plexiglasvisiere .....	92
9.6 Behördliche Maßnahmen .....	93
9.7 Zentrale Dokumente .....	93
<b>10      Krankenhaushygienische Maßnahmen.....</b>	<b>94</b>
10.1 Zusammenfassung.....	94
10.2 Organisation der COVID-19-Versorgung der Krankenanstalten und ihres Umfelds.....	94
10.3 Dokumente für die Organisation von COVID-19 in Krankenanstalten .....	95
10.4 Krankenhausspezifische Maßnahmen .....	96
10.5 Krankenhaushygiene und die COVID-19-Pandemie im Verlauf.....	98
10.6 Krankenhaushygiene und COVID-19-Hygienepläne.....	99
10.7 Inhalt von Hygienerichtlinien, -plänen und Arbeitsanweisungen .....	100
10.8 Desinfektionsplan.....	101
10.8.1 Reinigung und Desinfektion.....	102
10.9 Personenschutz .....	103
10.10 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit nachgewiesener SARS-CoV-2- Infektion oder SARS-CoV-2-Verdachtsfällen in medizinischen Einrichtungen.....	104
10.10.1 Versorgung und Unterbringung von SARS-CoV-2-Patientinnen und - Patienten in Krankenanstalten.....	104
10.10.2 Extra- und intramurale Transporte .....	105
10.10.3 Schlussdesinfektion .....	107
10.11 Niedergelassener Bereich .....	107
10.12 Zentrale Dokumente .....	108
<b>11      Öffentlicher Gesundheitsdienst .....</b>	<b>109</b>
11.1 Zusammenfassung.....	109
11.2 Einleitung.....	109
11.3 Fall- und Kontaktmanagement.....	109
11.4 Absonderung (Quarantäne, Isolierung) .....	110
11.5 Ausbruchsabklärung und Containment .....	111
11.6 Vorgehen in unterschiedlichen Settings .....	111
11.6.1 Der ÖGD in herausfordernden Settings.....	112
11.6.2 Der ÖGD im Bildungsbereich .....	112
11.6.3 Weitere mögliche Hotspots .....	113

11.7	Zentrale Dokumente .....	113
<b>12</b>	<b>Sicherstellung der Kapazitäten.....</b>	<b>114</b>
12.1	Zusammenfassung und Ausblick.....	114
12.2	Einleitung.....	115
12.3	COVID-Prognose-Konsortium.....	116
12.4	Intramuraler Bereich – Akutkrankenanstalten .....	117
	12.4.1 Festlegung von Krankenanstalten für die Akutversorgung COVID-19- Erkrankter.....	117
	12.4.2 Durchführen von Tests vor allen stationären Aufnahmen .....	119
	12.4.3 Definition von „Nicht-COVID-KA“ bzw. „Nicht-COVID-Bauteilen“ .....	119
	12.4.4 Spitalsambulanzen .....	120
12.5	Extramuraler Bereich .....	120
12.6	Präventionsmedizinische Maßnahmen.....	122
12.7	Rehabilitation .....	122
12.8	Zentrale Dokumente .....	123
<b>13</b>	<b>Antivirale Arzneimittel, weitere Therapeutika und Impfstoffe.....</b>	<b>124</b>
13.1	Antivirale Arzneimittel und weitere Therapeutika .....	124
	13.1.1 Zusammenfassung .....	124
	13.1.2 Einleitung .....	124
	13.1.3 Remdesivir .....	125
	13.1.4 Experimentelle Therapeutika / Nichtzugelassene Therapeutika .....	128
	13.1.5 Weitere Therapeutika bei schwererkranken/hospitalisierten Fällen .....	129
	13.1.6 Weitere allgemeine Aspekte der Arzneimittelversorgung.....	131
	13.1.7 Zentrale Dokumente .....	131
13.2	Impfstoffe.....	132
	13.2.1 Zusammenfassung .....	132
	13.2.2 COVID-19-Impfstoffentwicklung.....	133
	13.2.3 COVID-19-Impfstoffbeschaffung.....	133
	13.2.4 COVID-19-Priorisierung.....	134
	13.2.5 COVID-19-Impfplan.....	135
	13.2.6 Influenza-Impfungen während der COVID-19-Pandemie.....	136
	13.2.7 Zentrale Dokumente .....	137
<b>14</b>	<b>Schulungen und Pandemieübungen.....</b>	<b>138</b>
14.1	Einleitung.....	138
14.2	Schulungen .....	138
14.3	Pandemieübungen .....	139
14.4	Zentrale Dokumente .....	139

<b>15</b>	<b>Beschaffung von Schutzausrüstung und Medizinprodukten in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie .....</b>	<b>140</b>
15.1	Zusammenfassung.....	140
15.2	Übersicht über das Beschaffungsprozedere im Frühjahr 2020 .....	140
15.3	Laufende Versorgung .....	141
15.4	Bereithaltung kritischer Güter .....	142
15.4.1	COVID-19-Lager.....	143
15.4.2	Strategisches Lager .....	143
15.5	Fazit und Ausblick.....	144
15.6	Zentrale Dokumente .....	144
<b>16</b>	<b>Psychosoziale Faktoren – Maßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit in Zusammenhang mit Pandemien .....</b>	<b>145</b>
16.1	Zusammenfassung.....	145
16.2	Einleitung.....	145
16.3	Interventionsebenen und zeitliche Abfolge.....	146
16.3.1	Ad 1: Gesamtgesellschaftlicher Ansatz.....	149
16.3.2	Ad 2: Akuthilfen .....	151
16.3.3	Ad 3: Langfristige Hilfen – Ausblick.....	153
16.4	Zentrale Dokumente .....	154
<b>17</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>156</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>157</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 5: .Inhaltlicher Überblick über COVID-19-Maßnahmengesetz und Epidemiegesetz.....	37
Tabelle 6: .Einsatzmöglichkeiten für Schutzmasken in der Öffentlichkeit – Beispiele .....	92
Tabelle 7: .Strukturelle Maßnahmen in einer Krankenanstalt in Abstimmung mit der Krankenhaushygiene .....	97
Tabelle 8: .Organisatorische Maßnahmen für die Patientenversorgung in Abstimmung mit der Krankenhaushygiene .....	98
Tabelle 9: .Tätigkeiten der Krankenhaushygiene einerseits im Zuge der COVID-19- Versorgung, andererseits im herkömmlichen Krankenhausbetrieb.....	99

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: ..Pandemiephasen der WHO .....	31
Abbildung 2: ..Zahl der laborbestätigten SARS-CoV-2-Infektionen im zeitlichen Verlauf ...	35
Abbildung 3: ..Phasen des Pandemiemanagements während der COVID-19-Pandemie und entsprechende Kommunikationsformen .....	54
Abbildung 4: ..Ziele von Risikokommunikation [94] .....	56
Abbildung 5: ..Zusammenspiel Krisenkommunikation [94] .....	57
Abbildung 6: ..Interventionspyramide für psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung der IASC [185, 186] .....	147
Abbildung 7: ..Psychosoziale Notversorgungsmaßnahmen im zeitlichen Ablauf [183] ....	148

## Abkürzungen

Abs.	Absatz
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
APA	advance purchase agreements / Vorkaufverträge
ACE	angiotensin converting enzym / angiotensinkonvertierendes Enzym
AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AKS	Abteilung für Kommunikation und Service
AMG	Arzneimittelgesetz
ARDS	acute respiratory distress syndrome / akutes Atemnotsyndrom
ASchG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
Art.	Artikel
AVG	Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991
AWEG	Arzneiwareneinfuhrgesetz 2010
BAG	Bundesamt für Gesundheit (Schweiz)
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BBG	Bundesbeschaffung GmbH
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Deutschland)
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BMI	Bundesministerium für Inneres
BKA	Bundeskanzleramt
BMDW	Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMG	Bundesministeriengesetz 1986
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVB	Bezirksverwaltungsbehörde
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CD	Cluster of Differentiation / Oberflächenprotein
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (USA)

CE	Conformité Européene
COPD	chronic obstructive pulmonary disease / chronisch obstruktive Lungenerkrankung
COVID-19	coronavirus disease 2019 / Coronavirus-Erkrankung 2019
COVID-19-MG	COVID-19-Maßnahmengesetz
CT	Contact-Tracing
CTT	Contact-Tracing-Tool
CTTF	Contact-Tracing-Taskforce
CT-Wert	cycle threshold value
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control / Europäisches Zentrum für Prävention und Kontrolle von Krankheiten
EIS	event information site / Veranstaltungsinformationsseite
EK/EC	Europäische Kommission / European Commission
EKC	Einsatz- und Krisenkoordinationscenter
ELISA/CLIA	enzyme-linked immunosorbent assay / Chemilumineszenz-Assay (Testverfahren für Antikörpernachweis)
EMA	European Medicines Agency / Europäische Arzneimittel-Agentur
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
EpiG	Epidemiegesetz 1950
EU	Europäische Union
EWRS	early warning response system / Frühwarn- und Reaktionssystem
FAQ	frequently asked questions / häufig gestellte Fragen
FFP2	filtering face piece 2 / Atemschutzmasken der Schutzklasse 2
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HAI	healthcare-associated infections / gesundheitssystemassoziierte Infektionen
HSC	Health Security Com / Gesundheitsausschuss
IASC	Inter-Agency Standing Committee / Ständiger interinstitutioneller Ausschuss
IBS	Institut für Brandschutztechnik und Sicherheitsforschung
ICU	intensive care unit / Intensivstation
IgG	Immunglobulin G



IMCU	intermediate care unit
i. v.	intravenös
IHR	International Health Regulations / Internationale Gesundheitsvorschriften
IVD	In-vitro-Diagnostik
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KHH	Krankenhaushygiene
LAMP	Loop-Mediated-Isothermal Amplification
LHs	Landeshauptleute
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LSD	Landessanitätsdienst, Landessanitätsdirektion
MAP	mean arterial pressure / mittlerer arterieller Blutdruck
MERS-CoV	Middle East respiratory syndrome-related coronavirus / im Nahen Osten aufgetretene schwere Atemwegsinfektion durch Coronaviren
mg	Milligramm
mmHg	Milimeter-Quecksilbersäule
MNS	Mund-Nasen-Schutz
MPG	Medizinproduktegesetz
MUW	Medizinische Universität Wien
NHS	National Health Service (Großbritannien)
NIG	Nationales Impfgremium
NRZ	Nationales Referenzzentrum
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGHMP	Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
OP-Masken	Operationsmasken
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz
PCR	Polymerase-Kettenreaktion
PR	public relations / Öffentlichkeitsarbeit
PSA-V	Verordnung Persönliche Schutzausrüstung

Q&A	questions and answers / Fragen und Antworten
QS	Qualitätsstandard
RIS	Rechtsinformationssystem des Bundes
RKI	Robert-Koch-Institut (Deutschland)
RT	reverse transcriptase
SanG	Sanitätergesetz
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 / schweres akutes respiratorisches Syndrom Coronavirus 2
SPOC	single point of communication (Apotheke) / pro Bundesland definierte COVID-19-Apotheke
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
STV	Stellvertretung
UN	United Nations / Vereinte Nationen
USA	United States of America / Vereinigte Staaten von Amerika
VAH	Verbund für Angewandte Hygiene (Deutschland)
VO	Verordnung
VR	Volksrepublik
VStG	Verwaltungsstrafgesetz
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
ZAE	zentrale ambulante Erstversorgung
ZMR	Zentrales Melderegister

## Glossar

**Ausbruch:** ist ein über das erwartbare Maß hinausgehendes Auftreten neuer Infektions- oder Krankheitsfälle in einer bestimmten Population in einem bestimmten geografischen Gebiet in einem bestimmten Zeitraum

**Fallsterblichkeit (case fatality rate, CFR):** gibt an, wie viele der bestätigt SARS-CoV-2-infizierten Personen versterben

**Compliance:** bezeichnet die Fähigkeit, Einsicht und Bereitschaft, mitzuarbeiten und bestimmte Vorgaben einzuhalten

**Epidemie:** konzeptionell wie ein Ausbruch; zeitlich und örtlich begrenztes vermehrtes Auftreten von Krankheitsfällen einheitlicher Ursache

**Infektionssterblichkeit (infection fatality rate, IFR):** gibt an, wie viele der tatsächlich mit SARS-CoV-2 infizierten Personen versterben

**IVD-CE:** Die CE-Kennzeichnung von In-vitro-Diagnostika (IVD) ist die Voraussetzung für deren Inverkehrbringen durch Hersteller und Importeure und auch für das Bereitstellen durch Händler im Europäischen Wirtschaftsraum.

**kritische Services:** Services, deren Nichtweiterführung hohe gesellschaftliche Kosten mit sich bringt. Beispiele für kritische Services sind Blaulichtorganisationen, Lebensmittelhändler, Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Apotheken, IT-Services und Energieversorger

**Pandemie:** weltweite Ausbreitung; kann Monate, Jahre oder Jahrzehnte dauern. Pandemien sind durch die weltweite Verbreitung eines neuartigen Virustyps gekennzeichnet und können über einen längeren Zeitraum eine ungewöhnlich hohe Morbidität und Mortalität verursachen. Die meisten Menschen sind immunologisch naiv gegenüber dem neuen Virus und daher anfällig für Infektionen. Eine schwere Pandemie kann aufgrund der außergewöhnlichen Anzahl der Betroffenen die Ressourcen einer Gesellschaft überfordern. Eine Pandemie bringt nicht nur die Entstehung eines neuen viralen Subtyps mit sich, sondern auch die Fähigkeit dieses Virus, sich effizient von Person zu Person zu verbreiten und schwere Krankheitsverläufe zu verursachen.

**$R_0$ , Basisreproduktionszahl:** ist eine epidemiologische Kennzahl, die mit statistischen Methoden geschätzt wird. Sie gibt die Zahl der Personen an, die von einer infizierten Person im Durchschnitt angesteckt werden. Die Basisreproduktionszahl setzt voraus, dass das Virus auf eine naive Bevölkerung (keine Immunität vorhanden) trifft und keine Maßnahmen zur Infektionsprävention getroffen werden. Neben Erregereigenschaften beeinflussen auch Umstände wie z. B. das Kontaktverhalten und die Bevölkerungsdichte die  $R_0$ .

**$R_{eff}$ , Nettoerproduktionszahl:** ist eine epidemiologische Kennzahl, die in einer Pandemie unter aktuellen Bedingungen angibt, wie viele Personen in einer Population, die sich sowohl aus immunen als auch nichtimmunem Personen zusammensetzt, im Durchschnitt von einer infizierten Person angesteckt werden. Wenn  $R_{eff} > 1$  ist, nimmt die Zahl der Fälle zu; bei  $R_{eff} = 1$  ist die Infektionskrankheit endemisch; wenn  $R_{eff} < 1$  ist, sinkt die Zahl der Fälle.

# 1 Einleitung

Die rasche Verbreitung des Erregers SARS-CoV-2 sowie die damit verbundene Multisystemerkrankung COVID-19 stellte alle Länder weltweit seit Dezember 2019 vor bisher unbekannte Herausforderungen. Im Februar 2020 wurden auch in Österreich die ersten Fälle detektiert.

Mit 11. März 2020 erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die damals bestehende Epidemie, die in Wuhan (China) zum ersten Mal bestätigt worden war, zur Pandemie. Die Antwort der Regierungen auf die Ausbreitung der Pandemie erfolgte im Krisenmodus. Entscheidungen, die sonst zeitintensive Vorbereitungen verlangen, erfolgten innerhalb kürzester Zeit und wirkten sich auf sämtliche Sektoren und Lebensbereiche aus wie zum Beispiel auf Soziales, Arbeit, Bildung, Wirtschaft, Kunst und Kultur.

## Zielgruppe

Das gegenständliche Dokument richtet sich in erster Linie an Akteurinnen und Akteure der öffentlichen Gesundheitsverwaltung sowie an die interessierte Fachöffentlichkeit im Gesundheitsbereich. Im Sinne größtmöglicher Transparenz und um einen sachlichen Diskurs zu ermöglichen, wird es auf der Homepage des BMSGPK sowie auf der Kommunikationsplattform VerbraucherInnengesundheit veröffentlicht.

## Ziel des Dokuments

Im Zuge des bisherigen Pandemiegeschehens konnten Erfahrungen gesammelt werden. Dennoch besteht weiterhin Unklarheit im aktuellen und zukünftigen Management der Pandemie, u. a. bedingt durch mangelnde Evidenz sowie komplexe Problemstellungen.

Ein wichtiger Schritt des Pandemiemanagements besteht darin, bisherige Erkenntnisse aufzuarbeiten und bestmöglich für die Zukunft nutzbar zu machen. Gleichzeitig müssen neue Informationen und Erfahrungen, die sich laufend aus aktuellen Entwicklungen ergeben, in zukünftige Entscheidungen einfließen. In Österreich wie auch in anderen Staaten entstand deshalb der Wunsch nach einem Dokument, das die relevantesten

Themen auf nationaler Ebene adressiert und kompakt zum jeweils aktuellsten Erkenntnisstand zusammenfasst.

Das vorliegende Dokument enthält eine Bestandsaufnahme der COVID-19-Pandemie in Österreich und soll für Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sämtlicher betroffener Bereiche der Gesundheitsverwaltung ein nationaler strategischer Handlungsrahmen für die Coronakrise in allen Phasen des Infektionsgeschehens sein. Es soll einen einheitlichen Informationsstand auf Bundesebene darlegen und damit auch eine österreichweit einheitliche Vorgehensweise fördern.

### Genese und Gliederung

Die Generalsekretärin für Gesundheit Ines Stilling gab das Projekt im Sommer 2020 in Auftrag.

Für die Erstellung und Strukturierung des Dokuments wurden – basierend auf Ergebnissen einer explorativen GÖG-Recherche im Juli 2020 – zentrale nationale und internationale Referenzdokumente herangezogen. International handelte es sich dabei primär um Dokumente der WHO [1] und des ECDC [2]. Soweit vorliegend, wurden nationale Pandemiepläne sowie COVID-19-relevante Dokumente gesichtet, z. B. Dokumente des deutschen Robert Koch-Instituts (RKI) [3], des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit (BAG) [4] sowie das COVID-19-Strategiepapier des italienischen Gesundheitsministeriums [5].

Auf der nationalen Ebene orientiert sich das vorliegende Dokument an den für das Influenzapandemiemanagement definierten Vorgaben auf Bundesebene. Die folgenden für das Influenzapandemiemanagement leitenden Themen wurden auch hier für die inhaltliche Gliederung übernommen: Virusbeschreibung, Phasen des Pandemiemanagements, rechtliche Rahmenbedingungen, internationale und nationale Zusammenarbeit, Kommunikation, Diagnostik, Surveillance und Meldewesen, infektionshygienische Maßnahmen, krankenhaushygienische Maßnahmen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Arzneimittel und Impfstoffe

Während der bisherigen Bewältigung der COVID-19-Pandemie wurden weitere Themen identifiziert, denen im gegenständlichen Dokument additive Kapitel gewidmet werden: Beschaffung, Sicherstellung von Kapazitäten und psychosoziale Faktoren.

An der Erstellung der Bestandsaufnahmen und des Handlungsrahmens wirkten führende nationale Expertinnen und Experten maßgeblich mit, die für ihren jeweiligen Fachbereich den aktuellen Stand der Erkenntnisse zusammenfassend abbildeten.

Den Prozess der Erstellung sowie die Redaktion begleitete ein Projektteam, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des BMSGPK und der GÖG. Es fand ein laufender Austausch mit den Kapitelstellerinnen und Kapitelstellern statt. Alle Kapitel wurden zwischen Mitte November und Mitte Dezember 2020 einem ersten Review durch ausgewählte Fachexpertinnen und Fachexperten unterzogen. Der finale Entwurf wurde Mitte Dezember 2020 den Landessanitätsdirektorinnen/-direktoren übermittelt und von diesen ebenfalls einem Review unterzogen. Ihre Rückmeldungen sowie zwischenzeitliche Aktualisierungen wurden im Jänner und Februar 2021 eingespielt. Nach einem Endlektorat wurde das Dokument dem Beraterstab der Coronavirus-Taskforce des BMSPGK vorgelegt und von der Auftraggeberin abgenommen.

### Fazit

SARS-CoV-2 wird unseren Alltag noch weiterhin prägen. Aufgrund der Neuartigkeit von SARS-CoV-2 und der damit verbundenen rasanten Entwicklung des diesbezüglichen Erkenntnisstands handelt es sich hier um ein „living document“. Der jeweilige Erkenntnisstand ist bei allen Kapiteln eingangs anhand einer Datumsangabe ersichtlich. Aktualisierungen werden entsprechend der Pandemieentwicklung gesammelt und gebündelt vorgenommen.

# 2 Virusbeschreibung

Stand: 5. 2. 2021

## 2.1 Zusammenfassung

Das Kapitel bildet den aktuellen Wissensstand hinsichtlich der Eigenschaften von SARS-CoV-2 sowie des Übertragungswegs und der Symptomatik der Infektionskrankheit COVID-19 ab. Zudem finden die Risikogruppen für einen schweren Krankheitsverlauf sowie die Immunität nach einer durchgemachten SARS-CoV-2-Infektion Erwähnung.

## 2.2 Einleitung

**COVID-19** ist eine durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Infektionskrankheit. Sie wurde erstmals im Dezember 2019 in der Metropole Wuhan (in der chinesischen Provinz Hubei) beschrieben, entwickelte sich im Januar 2020 in der Volksrepublik China zur Epidemie und breitete sich schließlich zur weltweiten Pandemie aus. Am 11. 2. 2020 verlautbarte die WHO (World Health Organization) einen offiziellen Namen für die aus SARS-CoV-2 resultierende Erkrankung: „COVID-19“ (**Coronavirus Disease 2019**). Die Bezeichnung für den Erreger wurde von **2019-nCoV** auf **SARS-CoV-2** (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) geändert.[6]

## 2.3 SARS-CoV-2

Coronaviren sind bereits in den 1960er-Jahren als humane Pathogene indentifiziert worden. Es handelt sich um umhüllte RNA-Viren, welche über ein einzelsträngiges RNA-Genom mit positiver Polarität verfügen [7, 8]. Aufgrund der Fähigkeit zur homologen Rekombination können sie ihr Wirtsspektrum einfach erweitern und dabei auch Artengrenzen überspringen [9]. Coronaviren befallen mehrheitlich Tiere, sieben verschiedene Coronaviren jedoch befallen den Menschen. Vier davon verursachen im Normalfall milde bis mittelmäßige Atemwegserkrankungen im Sinne einer Erkältung; die



weiteren drei haben sich erst in den letzten 20 Jahren entwickelt und können auch schwerwiegende Atemwegserkrankungen auslösen. Diese sind:

- SARS-CoV (2002)
- MERS-CoV (2012)
- SARS-CoV-2 (2019) [10-12]

SARS-CoV-2 gehört wie SARS-CoV und MERS-CoV zu der Gruppe der Beta-Coronaviren. [13]

## 2.4 Übertragung

Infektionen mit humanen Coronaviren treten ähnlich wie solche mit Influenza vermehrt in den Wintermonaten auf. [14] Der Hauptübertragungsweg von SARS-CoV-2 erfolgt über die respiratorische Aufnahme virushaltiger Flüssigkeitspartikel, welche unter anderem beim Atmen, Husten, Sprechen und Niesen entstehen. Hierbei ist auch die Partikelgröße von Bedeutung – Tröpfchen (hauptsächlicher Bestandteil beim Husten und Niesen) sinken relativ schnell zu Boden, während Aerosole (z. B. beim Schreien und Singen) über längere Zeit in der Luft schweben und sich dementsprechend in geschlossenen Räumen vermehrt verteilen können [15-19]. Generell kann gesagt werden, dass im Umkreis von ein bis zwei Metern um eine infektiöse Person die Wahrscheinlichkeit der Exposition mit infektiösen Partikeln erhöht ist. Aerosole stellen eine besondere Situation dar, denn durch ihre Anreicherung und Verteilung in schlecht belüfteten Räumen kann die Einhaltung des zur Infektionsprävention nötigen Abstands nicht mehr ausreichend sein. Im Gegensatz dazu ist im Außenbereich die Übertragungswahrscheinlichkeit bei Wahrung des gebotenen Abstands als sehr gering zu erachten [20-23]. Eine indirekte Übertragung durch das Berühren des Mundes, der Nase oder der Augen mit kontaminierten Händen stellt eine weitere Infektionsmöglichkeit dar [24]. Die Übertragung durch kontaminierte Oberflächen, insbesondere in der unmittelbaren Umgebung einer infektiösen Person, ist nicht auszuschließen, jedoch als wenig relevant zu erachten [25]. Infektionen durch den Verzehr kontaminierter Nahrungsmittel konnten bisher nicht nachgewiesen werden. Eine Übertragung von der Mutter auf das Kind während der Geburt oder über Muttermilch ist noch nicht ausreichend überprüft. [13] Unter Verwendung des Enzyms ACE-2 als Rezeptor erlangt SARS-CoV-2 Zugang in die Wirtszelle [13, 26]. Dieser Rezeptor ist vor allem im Respirationstrakt, Darm, Gefäßendothel, in der Niere und im Herzmuskel zu finden [13].

Die Basisreproduktionszahl  $R_0$  (siehe [Glossar](#)) von SARS-CoV-2 wird in der Literatur mit 2,5–3,8 angegeben [27, 28]. Durch infektionshygienische Maßnahmen und zunehmende Immunität in der Bevölkerung kann die Zahl gesenkt werden (siehe Kapitel 9). Die effektive Reproduktionszahl  $R_{\text{eff}}$  (siehe [Glossar](#)) ist eine wichtige epidemiologische Kennzahl, die in einer Pandemie unter aktuellen Bedingungen angibt, wie viele Personen im Durchschnitt von einer infizierten Person angesteckt werden. Die Ausbreitung einer Infektion findet statt, wenn  $R$  über 1 liegt, wenn also eine infizierte Person im Durchschnitt mehr als eine weitere Person ansteckt [13].

Weltweit wurden Mutationen von SARS-CoV-2 entdeckt. Darunter fallen die Varianten B.1.1.7, B.1.351 und P.1, die mit einer verstärkten Übertragbarkeit einhergehen. Auch eine verminderte Impfwirkung ist bei Varianten möglich [29].

## 2.5 Symptomatik

Nach einer erfolgten Infektion mit SARS-CoV-2 können generell drei Gruppen unterschieden werden – präsymptomatische, asymptomatische und symptomatische Personen. Die Symptomatik kann hierbei jedoch auch, z. B. mit Kopf- und Halsschmerzen, sehr subtil verlaufen oder einem schwereren Verlauf um wenige Tage vorausgehen. Bereits 48 Stunden vor Beginn der Symptomatik (präsymptomatisch) kann das Virus von infizierten Personen ausgeschieden werden und resultiert somit bereits in einer Infektiosität der betroffenen Person. Die Inkubationszeit liegt im Mittel bei 5–6 Tagen, umfasst aber eine Spanne von 2–14 Tagen [30–33]. Sofern eine klinische Erkrankung fassbar wird, treten die Symptome bei über 95 % der Betroffenen bis zum Tag 10–14 auf [34]. Die Geschlechterverteilung ist annähernd ausgeglichen, jedoch verläuft die Krankheit bei Männern häufiger schwerer als bei Frauen [35, 36]. Die derzeitige Datenlage lässt außerdem darauf schließen, dass die symptomatische Infektionsrate („Erkrankungsrate“) im Kindes- und Jugendalter geringer als im Erwachsenenalter ist [37, 38].

Folgende Symptome zeigen sich am häufigsten (ausgenommen schwere Verläufe) [39, 40]:

- Kopfschmerzen ( $\approx 70\%$ )
- Störungen des Geruchssinns ( $\approx 70\%$ )
- Nasenatmungsbehinderung ( $\approx 68\%$ )
- Husten ( $\approx 63\%$ )
- Schwäche ( $\approx 63\%$ )
- Muskelschmerz ( $\approx 63\%$ )

- laufende Nase ( $\approx 60\%$ )
- Störungen des Geschmackssinns ( $\approx 54\%$ )
- Halsschmerzen ( $\approx 53\%$ )
- Fieber ( $\approx 45\%$ )

Eine alleinige Betrachtung der Kinder zeigt vorrangig Fieber und Husten, jedoch auch Kopfschmerzen, gastrointestinale Symptomatik, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit, Muskelschmerz und laufende Nase [41-44].

Die Hauptkomplikation schwerer COVID-19-Fälle ist ARDS (acute respiratory distress syndrome), wobei auch kardiovaskuläre Komplikationen, Nierenschädigungen und neurologische Komplikationen beobachtet werden konnten. Die Evaluierung betreffend Spätfolgen hat begonnen, jedoch ist hierzu noch keine ausreichende Datenlage vorhanden [45-48].

## 2.6 Risikogruppen für schwere Verläufe

Nach den bisher gewonnenen Erkenntnissen zeigt sich bei etwa 80 Prozent der positiv befundenen Personen ein milder, bei 15 Prozent ein schwerer und bei ca. fünf Prozent ein kritischer Krankheitsverlauf. Die Fallsterblichkeit (CFR – „case fatality rate“ – siehe [Glossar](#)) liegt derzeit weltweit bei 2,35 % – mit sehr ausgeprägten nationalen Unterschieden [49]. Zur Infektionssterblichkeit (IFR – „infection fatality rate“ – siehe [Glossar](#)) sind in der Literatur unterschiedliche Angaben zu finden. Beispielsweise wurden für die IFR-Werte zwischen 0,5 % und 2,7 % berechnet [50], wobei hier sehr starke Einflüsse des Alters und der nationalen Demografie bestehen.

Die Einschätzung des Risikos für schwere Krankheitsverläufe ist äußerst komplex, da es eine Vielzahl von Prädispositionsfaktoren gibt und viele weitere Faktoren Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen können. Auch Personen ohne bekannte Vorerkrankungen sowie jüngere Personen können einen schweren Krankheitsverlauf zeigen. Bisher hat sich gezeigt, dass schwere Krankheitsverläufe häufiger bei den folgenden Personengruppen zu verzeichnen sind [13, 51]:

- ältere Personen, wobei das Risiko für einen schweren Verlauf ab 50–60 Jahren mit zunehmendem Alter stetig ansteigt
- Personen mit bestimmten Vorerkrankungen

- chronische Lungenerkrankungen (z. B. COPD)
- chronische Nieren- und Lebererkrankungen
- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. Bluthochdruck und koronare Herzerkrankungen)
- Krebserkrankungen
- Diabetes mellitus
- geschwächtes Immunsystem (z. B. durch die Einnahme von Medikamenten, welche die Immunantwort herabsetzen, oder durch eine Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht)
- ausgeprägte Adipositas
- Raucherinnen/Raucher
- Männer

## 2.7 Immunität

Eine Infektion mit SARS-CoV-2 induziert innerhalb zweier Wochen nach Symptombeginn die Bildung von Antikörpern [52]. Neutralisierende Antikörper sind im Median in der zweiten Woche nach Symptombeginn nachweisbar [53]. Die Anzahl der nach einer durchgemachten Infektion gebildeten Antikörper nimmt im Laufe der Zeit wieder ab. Bei der Mehrzahl der untersuchten Personen bleiben die Antikörperkonzentrationen über einen Zeitraum von mindestens fünf Monaten relativ stabil. Niedrigere Antikörperkonzentrationen und ein schnellerer Rückgang wurden bei Personen beobachtet, die im Vergleich zu moderat oder schwer Erkrankten einen asymptomatischen oder sehr milden Verlauf hatten [54]. In einer rezenten Studie des kalifornischen La-Jolla-Instituts für Immunologie wurden 188 Patientinnen und Patienten (80 Männer und 108 Frauen) untersucht; bei 41 von ihnen lag die SARS-CoV-2-Infektion mindestens sechs Monate zurück. Der Studie zufolge waren Immunglobulin G (IgG) gegen das Spikeprotein und die neutralisierenden Antikörper bei über 90 Prozent der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer noch nach sechs bis acht Monaten nachweisbar. Der Studie zufolge waren B-Gedächtniszellen nach sechs Monaten häufiger vorhanden als nach einem Monat, und die Zahl der T-Zellen (CD4+ und CD8+) nahm mit einer Halbwertszeit von drei bis fünf Monaten nach Einsetzen der Symptome ab. Die Autorinnen und Autoren der Studie kommen zu dem Schluss, dass wahrscheinlich mit einer längeren Immunität nach einer durchgemachten Infektion zu rechnen ist.[55] Die Ergebnisse dieser Studie wurden auch durch eine britische Studie mit mehr als 20.000 Beschäftigten im Gesundheitswesen

bestätigt. Die Autorinnen und Autoren dieser sogenannten „SARS-CoV-2 Immunity and Reinfection Evaluation“ (SIREN) kamen zu dem Schluss, dass die Wahrscheinlichkeit, sich nach einer durchgemachten SARS-CoV-2-Infektion wieder mit dem Virus zu infizieren, für mindestens fünf Monate um 83 % sinkt [56]. Zur Persistenz von Antikörpern über diesen Zeitraum hinaus lassen sich im Moment noch keine Aussagen treffen. Zusätzlich wurde bei Erkrankten eine T-Zell-Reaktivität gegen unterschiedliche SARS-CoV-2-Proteine festgestellt, die sowohl an der Schutzvermittlung als auch an der pulmonalen Immunpathologie sowie der Zytokin-Ausschüttung beteiligt sein kann [57]. SARS-CoV-2-spezifische T-Zellen konnten auch bei Infizierten nachgewiesen werden, die keine Antikörpertiter aufwiesen und asymptomatisch waren [58]. Ob spezifische T-Zellen auch bei fehlendem Antikörpernachweis Schutz bieten, ist noch unklar.

## 2.8 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
behördliche Vorgangsweise bei SARS-CoV-2 Kontaktpersonen: Kontaktpersonennachverfolgung [59]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html</a>
Empfehlungen für die Gesundheitsbehörden im Umgang mit SARS-CoV-2-Infektionen im Kindes- und Jugendalter [60]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html</a>
Empfehlung des BMSGPK zur Erstellung einer individuellen COVID-19-Risikoanalyse bezüglich eines schweren Krankheitsverlaufs [61]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html</a>

# 3 Phasen des Pandemiemanagements

Stand: 5. 2. 2021

## 3.1 Zusammenfassung

Im folgenden Kapitel werden die Grundlagen des Verlaufs von Epidemien und Pandemien erläutert und die Phasen und Strategien des Pandemiemanagements beschrieben. Des Weiteren wird der Verlauf der COVID-19-Pandemie in Österreich dargestellt.

## 3.2 Verlauf von Epidemien und Pandemien

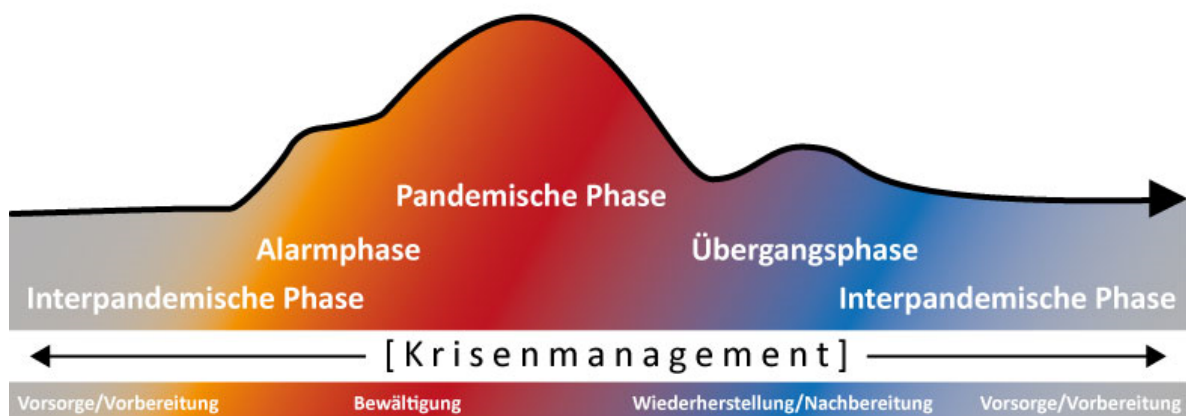
Das Verständnis für die Dynamik epidemisch oder pandemisch verlaufender Infektionskrankheiten ist essenziell, um geeignete Maßnahmen setzen zu können, die eine Übertragung von Mensch zu Mensch hintanhaltend und das Funktionieren des Gesundheitssystems sicherstellen. Typischerweise zeigen sich im Verlauf von Epidemien und Pandemien die folgenden vier Stufen, wobei nicht alle epidemisch oder pandemisch verlaufenden Infektionskrankheiten notwendigerweise alle dieser Stufen in derselben Reihenfolge durchlaufen:

- erste Stufe: Es treten erste Erkrankungsfälle in der Bevölkerung auf.
- zweite Stufe: Es kommt zu einem Ausbruchsgeschehen mit lokaler Übertragung.
- dritte Stufe: Der Ausbruch entwickelt sich zu einer Epidemie oder Pandemie, wobei der Erreger von Mensch zu Mensch übertragen wird und ein anhaltendes Ausbruchsgeschehen mit weiter geografischer Ausbreitung stattfindet.
- vierte Stufe: Die Übertragung von Mensch zu Mensch geht zurück, da bei einem ausreichend großen Teil der Bevölkerung Immunität gegen den Erreger vorliegt oder die getroffenen Interventionen zur Eindämmung der Epidemie oder Pandemie Wirkung gezeigt haben. [62]

### 3.3 Vorbereitung und Reaktion auf eine Pandemie (Preparedness and Response)

Auf Grundlage der oben beschriebenen Ausbreitungsdynamik kann ein Pandemieverlauf in verschiedene Phasen eingeteilt werden, wobei die erforderlichen Vorbereitungs- und Reaktionsmaßnahmen je Phase berücksichtigt werden. Die WHO hat die folgenden im Kontinuum verlaufenden Phasen einer Pandemie und die jeweils notwendigen Reaktionen darauf herausgearbeitet (siehe grafische Darstellung):

Abbildung 1: Pandemiephasen der WHO



Quelle: übersetzt und adaptiert nach WHO [63]

- **interpandemische Phase:** Zeitspanne zwischen Pandemien; Regelbetrieb, Vorbereitung
- **Alarmphase:** Zeitspanne, in der ein neu auftretendes Virus beim Menschen identifiziert wird. Ist die Übertragbarkeit von Mensch zu Mensch gering, so besteht keine akute Gefahr für die öffentliche Gesundheit, jedoch ist eine erhöhte Wachsamkeit, verstärkte Surveillance und eine Risikobewertung auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene notwendig. Es muss nicht zwingend eine pandemische Phase folgen. Wenn die Risikobewertungen darauf hinweisen, dass das neue Virus nicht das Potenzial hat, sich zu einem Pandemiestamm zu entwickeln, erfolgt eine Deeskalation der Maßnahmen und ein Übergang zum Regelbetrieb – also in die interpandemische Phase.
- **pandemische Phase:** Zeitspanne, die durch die weltweite Verbreitung des neuen Krankheitserregers gekennzeichnet ist und global überwacht wird. Der Übergang

zwischen der inter pandemischen Phase, der Alarmphase und der pandemischen Phase kann schnell oder allmählich vor sich gehen. Die Einordnung erfolgt hauptsächlich auf der Grundlage virologischer, epidemiologischer und klinischer Daten. Innerhalb der Pandemischen Phase kann jedes Land auf nationaler Ebene verschiedene Phasen der Epidemie beobachten:

- akute Phasen, in denen die Fälle offensichtlich zunehmen, gekennzeichnet durch eine hohe Fallzahl und Anzeichen einer Überlastung des Gesundheitssystems
- postakute Phasen, in denen die pro Tag neu detektierten Fälle einen Höhepunkt erreicht/überschritten haben und, obwohl immer noch hohe Fallzahlen verzeichnet werden, ein abnehmender Trend sichtbar wird
- epidemische Übergangsphasen, in denen die Fallzahlen stabil sind oder nur begrenzte Schwankungen aufweisen, die Inzidenz gering ist und keine Überlastung des Gesundheitssystems besteht. Es sind Phasen, in denen die Epidemie national unter Kontrolle ist.

In der pandemischen Phase sind gezielte eindämmende Maßnahmen sinnvoll, um lokale Ausbrüche zu begrenzen und die Ausbreitung des Virus zu verzögern. Die zu ergreifenden Maßnahmen dienen sowohl der Verringerung der Ausbreitungsgeschwindigkeit des Virus als auch der Minimierung der Morbidität und Mortalität, eine Pandemie ist jedoch nicht mehr aufzuhalten.

- **Übergangsphase:** Zeitspanne, in der die Pandemie abflaut – gekennzeichnet primär durch die Abnahme von Neuinfektionen. Da das Risiko weltweit abnimmt, kann es zu einer Deeskalation der Maßnahmen kommen, wobei die Aktivitäten zur Bewältigung von Epidemien auf nationaler Ebene reduziert werden und auf Basis länderspezifischer Risikobewertung zu Wiederherstellungsmaßnahmen übergegangen werden kann. Über einen kurzen Zeitraum bleibt eine verstärkte Beobachtung der Virusaktivität auf nationaler und internationaler Ebene dennoch aufrecht, da eine weitere Pandemiewelle in der Übergangsphase nicht auszuschließen ist.
- **interpandemische Phase:** Rückkehr zur normalen Virusaktivität; Regelbetrieb, Nachbereitung/Evaluierung; Vorbereitung

Basierend auf virologischen, epidemiologischen und klinischen Daten, bestimmt die Risikoeinschätzung auf globaler Ebene, welche der beschriebenen Phasen gerade zutrifft. Abhängig von der Risikoeinschätzung kann der Generaldirektor der WHO eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite (public health emergency of



international concern, PHEIC) gemäß Artikel 12 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IHR) oder eine Pandemie ausrufen.

Zudem sollte die Feststellung des Vorliegens einer bestimmten Phase der Entwicklungsstufen auf lokaler und nationaler Ebene aufgrund entsprechender Risikoeinschätzungen erfolgen [63], [64].

### 3.4 Maßnahmen zur Pandemiebewältigung

Die allen Maßnahmen der Pandemiebewältigung zugrunde liegenden Ziele sind die Reduktion der Morbidität und Mortalität in der Gesamtbevölkerung, die Sicherstellung der Versorgung Erkrankter, das Aufrechterhalten essenzieller öffentlicher Dienstleistungen und zuverlässige und zeitnahe Information für politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, Fachpersonal, die Bevölkerung und die Medien. Je nach epidemiologischer Phase werden die Ziele durch unterschiedliche Strategien erreicht.

Es kann zwischen drei Strategien der Infektionsbekämpfung (häufig auch als Phasen bezeichnet) unterschieden werden, welche bei Vorliegen eines lehrbuchhaften Pandemieverlaufs in der genannten Reihenfolge angewandt werden:

- Containment = Eindämmungsstrategie
- Protection = Schutzstrategie für Risikogruppen für schwere Krankheitsverläufe
- Mitigation = Folgenminderungsstrategie

Die drei Strategien „Containment, Protection, Mitigation“ sind in der Realität nicht klar voneinander zu trennen. Die Übergänge sind fließend und beinhalten eine schrittweise Anpassung der zur Pandemiebewältigung eingesetzten Maßnahmen. Die Entwicklung der Epidemie kann regional verschieden ablaufen, daher kann es auch zu einer Überlappung der einzelnen Strategien kommen.

Maßnahmen zur raschen Fallidentifikation und -isolation sowie das Kontaktpersonenmanagement sind in jeder Phase einer Pandemie wichtig und tragen dazu bei, die Geschwindigkeit der Ausbreitung sowie die Zahl der Erkrankungen in der Bevölkerung zu reduzieren. Dies ist von großer Bedeutung, weil dadurch die zusätzliche Belastung für das Gesundheitssystem reduziert werden kann.

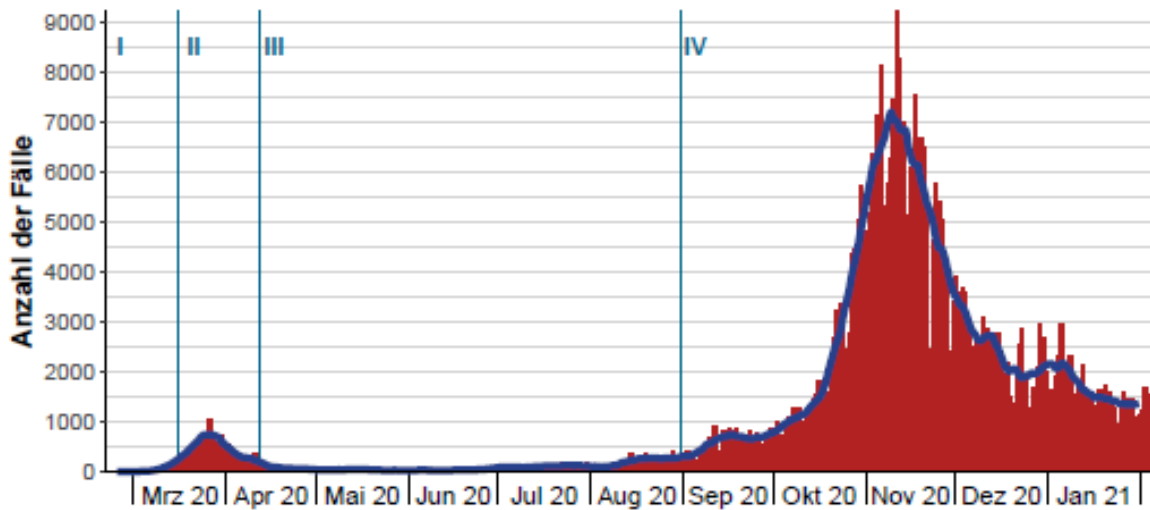
- **Containment:** Treten einzelne Infektionen und kurze Infektionsketten auf, so soll neben der raschen Fallisolation versucht werden, die weitere Mensch-zu-Mensch-Übertragung zu verhindern, indem auch Kontaktpersonen labordiagnostisch bestätigter Infektionsfälle identifiziert und in häuslicher Quarantäne untergebracht werden. Durch diese Maßnahmen soll eine mögliche Erkrankungswelle hinausgezögert und deren Dynamik abgeschwächt werden („flatten the curve“). Ziel dieser Strategie ist es, Zeit für die Vorbereitung zu gewinnen und mehr über die Eigenschaften des Virus zu erfahren, Risikogruppen zu identifizieren, Schutzmaßnahmen für besonders gefährdete Gruppen vorzubereiten, Behandlungskapazitäten zu erhöhen, die Entwicklung antiviraler Medikamente und die Impfstoffentwicklung voranzutreiben.
- **Protection:** Falls es nicht mehr möglich ist, Infektionsketten durch Eindämmungsmaßnahmen zu unterbrechen (i. e. wenn vermehrt Fälle auftreten, bei denen keine Rückverfolgbarkeit in Bezug auf einen bereits bekannten Fall möglich ist), und weitere Verbreitung nicht vermeidbar ist, konzentrieren sich die Schutzmaßnahmen verstärkt auf Personen und Gruppen, die ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe aufweisen. Eine wichtige diesbezügliche Maßnahme stellt die getrennte Versorgung von SARS-CoV-2-Infizierten und anderen Patientinnen und Patienten dar.
- **Mitigation:** Bei einer fortgesetzten Übertragung des Erregers in der Bevölkerung zielen die eingesetzten Maßnahmen stärker auf die Minderung weiterer Folgen ab. Ziel dieser Phase ist vor allem, das gleichzeitige Erkranken einer großen Zahl behandlungsbedürftiger Personen und die damit drohende Überlastung der medizinischen Infrastruktur zu vermeiden, damit Personen mit besonders schweren Krankheitsverläufen – auch solchen mit anderen Ursachen – noch versorgt werden können. Beispiele für Maßnahmen sind Veranstaltungsverbote, die Vermeidung physischer Zusammenkünfte und das Einführen von Home-Office, wo dies möglich ist.

### 3.5 Verlauf der COVID-19-Pandemie in Österreich

Der Verlauf der COVID-19-Pandemie in Österreich kann, wie in Abbildung 2 dargestellt, bis dato (5. 2. 2021) in vier Phasen unterteilt werden:

- Phase I: naive Phase bis zum 15. 3. 2020
- Phase II: Lockdown ab dem 16. 3. 2020 bis zum 11. 4. 2020
- Phase III: zunehmende Lockerungen ab dem 12. 4. 2020 bis 31. 8. 2020
- Phase IV: Wiederanstieg der täglichen Fallzahlen ab dem 1. 9. 2020

Abbildung 2: Zahl der laborbestätigten SARS-CoV-2-Infektionen im zeitlichen Verlauf



Quelle. AGES [65]

Abbildung 2 zeigt die Zahl der neu identifizierten Fälle laborbestätigter SARS-CoV-2-Infektionen nach dem Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung bis 00:00 Uhr des Berichtstages (fehlt das Labordiagnosedatum, so wird der Tag der positiven Labormeldung herangezogen, der üblicherweise innerhalb von 24 h nach der Labordiagnose anzusetzen ist) im zeitlichen Verlauf 2020 bis 5. 2. 2021.

### 3.6 Risikoeinschätzung und Maßnahmenplanung

Die Corona-Kommission ist ein nach § 8 BMG eingesetztes Gremium aus Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertretern des BMSGPK und anderer Ministerien sowie der Bundesländer zur Beratung des Gesundheitsministers. Seit 3. September 2020 schätzt die Corona-Kommission regelmäßig – mindestens einmal wöchentlich – das Risiko ein und bezieht sowohl das Verbreitungsrisiko (= Gefährdung der öffentlichen Gesundheit durch die Verbreitung von COVID-19) als auch das Systemrisiko (= Gefahr der Überlastung des Gesundheitsversorgungssystems mit COVID-19-Patientinnen und -Patienten) mit ein. Das Ergebnis ist die Karte der Corona-Ampel, welche in den Ampelfarben Grün (geringes Risiko), Gelb (mittleres Risiko), Orange (hohes Risiko) und Rot (sehr hohes Risiko) das jeweilige Risiko auf regionaler Ebene angibt. Aufgrund der Entwicklungen der epidemiologischen Lage im Herbst 2020 hat sich die Bundesregierung entschlossen, österreichweite Maßnahmen (unabhängig von der Ampelfarbe) zu setzen. Diese sind auf

<https://corona-ampel.gv.at> unter „Aktuelle Maßnahmen“, „Bundesweite Maßnahmen“ angeführt. Regional können über die bundesweiten Maßnahmen hinausgehende weitere Maßnahmen getroffen werden. Diese sind auf der Website unter „Regionale (zusätzliche) Maßnahmen“ beim jeweiligen Bundesland angeführt.

### 3.7 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Managing Epidemics [62]	WHO	<a href="https://www.who.int/emergencies/diseases/managing-epidemics-interactive.pdf">https://www.who.int/emergencies/diseases/managing-epidemics-interactive.pdf</a>
Corona-Kommission [66]	BMSGPK	<a href="https://corona-ampel.gv.at/corona-kommission">https://corona-ampel.gv.at/corona-kommission</a>
COVID-19 Strategy Update [67]	WHO	<a href="https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-strategy-update">https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-strategy-update</a>

# 4 Rechtliche Rahmenbedingungen

Stand: 10. 2. 2020

## 4.1 Zusammenfassung

Im folgenden Kapitel werden einleitend die für die Pandemiebekämpfung wesentlichen Rechtsquellen vorgestellt. Anschließend wird auf einzelne Maßnahmen näher eingegangen. Vorrangig kommen in diesem Bereich das Epidemiegesetz 1950 (EpiG) und das zu Beginn der Pandemie erlassene COVID-19-Maßnahmengesetz (COVID-19-MG) zur Anwendung.

Tabelle 1: Inhaltlicher Überblick über COVID-19-Maßnahmengesetz und Epidemiegesetz

COVID-19-Maßnahmengesetz	Epidemiegesetz
<p><b>Verbote sowie Auflagen und Voraussetzungen für das Betreten und Befahren von</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Betriebsstätten zum Zweck des Erwerbs von Waren und Dienstleistungen,</li><li>• Arbeitsorten,</li><li>• bestimmten Orten und für das</li><li>• Benützen von Verkehrsmitteln sowie für</li><li>• Einschränkungen des Verlassens des privaten Wohnbereichs, sofern für die Eindämmung von COVID-19 unerlässlich</li></ul>	<p>Im Rahmen der aktuellen Pandemie wichtige Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anzeigepflicht von SARS-CoV-2-Verdachts-, -Erkrankungs- und Todesfällen</li><li>• Absonderungen von Kranken, Krankheits- oder Ansteckungsverdächtigen</li><li>• Voraussetzungen für Informationsbeschaffung, Datenerhebungen, Statistik</li><li>• Screeningprogramme</li><li>• Maßnahmen gegen das Zusammenströmen größerer Menschenmengen</li><li>• Verkehrsbeschränkungen, z. B. für Bewohnerinnen und Bewohner bestimmter Ortschaften oder gegenüber dem Ausland</li><li>• Bestellung von Epidemieärztinnen und -ärzten</li><li>• Mitwirkung von Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes</li><li>• Maßnahmen im Rahmen einer Pandemie</li><li>• Entschädigungen (z. B. bei Absonderungen)</li></ul>

Quellen: Gesetze, BMSGPK-eigene Darstellung

## 4.2 Einleitung

Um die erforderliche Flexibilität in der Umsetzung der Pandemiebekämpfung je nach Schwere der SARS-CoV-2-Pandemie zu ermöglichen, bedarf es geeigneter rechtlicher Rahmenbedingungen. Grundsätzlich stellt das Epidemiegesetz 1950 (EpiG) die rechtliche Basis für eine Vielzahl von Maßnahmen im Bereich des Pandemiemanagements dar. Mit Beginn des Auftretens von SARS-CoV-2 in Österreich zeigte sich jedoch, dass die im EpiG 1950 meist vorgesehene Zuständigkeit der Bezirksverwaltungsbehörden (BVBs) und die regionale Begrenztheit von Maßnahmen für eine effektive bundesweite Bekämpfung zu kleinteilig waren.

Daher wurde das COVID-19-Maßnahmengesetz (COVID-19-MG) erlassen. Es ermöglicht dem Gesundheitsminister sowie den Landeshauptleuten (LHs) und den Bezirksverwaltungsbehörden, Verbote sowie Auflagen und Voraussetzungen für das Betreten und Befahren von Betriebsstätten, Arbeitsorten, bestimmten Orten und öffentlichen Orten in ihrer Gesamtheit sowie für das Benutzen von Verkehrsmitteln im Verordnungsweg zu erlassen. Weiters können Ausgangsregelungen verordnet werden.

Maßnahmen nach EpiG und COVID-19-MG können weiters, beispielsweise unter Zuhilfenahme der Risikoanalyse durch die Corona-Kommission, regional differenziert werden. Für LHs und BVBs besteht die Möglichkeit, in ihrem Wirkungsbereich zusätzliche Verordnungen zu erlassen, um auf die jeweiligen regionalen Gegebenheiten einzugehen. Dadurch wird eine gezielte Bekämpfung der Pandemie sichergestellt.

Verordnungen sind immer der epidemiologischen Situation entsprechend zu erlassen und anzupassen. Dabei sind jene Umstände, die zur Maßnahmensetzung geführt haben, im Verordnungsakt so festzuhalten, dass entsprechend nachvollziehbar ist, warum der Verordnungsgeber die getroffenen Maßnahmen für unbedingt erforderlich gehalten hat.

Nachfolgend werden alle für das Pandemiemanagement beim Auftreten von SARS-CoV-2 relevanten und derzeit gültigen rechtlichen Grundlagen aufgelistet, zudem wird ein Überblick über die wesentlichsten Bestimmungen gegeben.

## 4.3 Relevante rechtliche Grundlagen für Österreich im Zusammenhang mit SARS-CoV-2

### Nationale Rechtsgrundlagen

Folgende nichttaxative Auflistung enthält die derzeitigen Rechtsgrundlagen, die im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 besonders relevant sind:

- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) [68]
- Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 (AVG) [69]
- Apothekengesetz [70]
- ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) [71] und Verordnung Persönliche Schutzausrüstung (PSA-V) [72]
- Arzneimittelgesetz (AMG) [73] und darauf basierende Verordnungen
- Arzneiwareneinfuhrgesetz 2010 (AWEG) [74]
- Berufsrecht der Gesundheitsberufe (z. B. ÄrzteG [75], GuKG [76], SanG [77])
- Bundesgesetz über das Inverkehrbringen von Mund-Nasen-Schnellmasken während der Corona COVID-19-Pandemie [78]
- Bundesministeriengesetz 1986 (BMG) [79]
- Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG; allg. Kompetenzverteilung: Art. 10 Abs. 1 Z 7, 11 und 12, Art. 12, Art. 15 und Art. 17) [80]
- COVID-19-Maßnahmengesetz (COVID-19-MG) [81] und darauf basierende Verordnungen
- Epidemiegesetz 1950 (EpiG) [82] und darauf basierende Verordnungen
- Gefahrgutbeförderungsgesetz – GGBG [83]
- Impfschadengesetz [84] und Verordnung über empfohlene Impfungen [85]
- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) [86] samt den jeweiligen Landesgesetzen
- Medizinproduktegesetz (MPG) [87] und darauf basierende Verordnungen

### Internationale Rechtsgrundlagen

- Beschluss 1082/EU/2013 zu grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren [88]
- Verordnung (EU) Nr. 139/2014 zur Festlegung von Anforderungen und Verwaltungsverfahren in Bezug auf Flugplätze [89]
- Internationale Gesundheitsvorschriften der WHO 2005 (IHR) [64]

## 4.4 Meldepflichten

Mit der Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2020 wurden SARS-CoV-2-Verdachts-, -Erkrankungs- und -Todesfälle – unter der damaligen Bezeichnung „2019 neuartiges Coronavirus“ – mit 27. Jänner 2020 für anzeigepflichtig erklärt. Eine solche Anzeige hat gemäß § 2 Abs. 1 EpiG binnen 24 Stunden an jene BVB, in deren Gebiet sich die/der Kranke oder die/der Krankheitsverdächtige aufhält oder der Tod durch SARS-CoV-2 eingetreten ist, zu ergehen. Verpflichtet zur Anzeige sind nach § 3 Abs. 1 EpiG bestimmte Personengruppen und Einrichtungen – beispielsweise behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter sowie Labore –, welche typischerweise mit Krankheitsfällen in Berührung kommen. Meldungen sind durch die BVBs in das Epidemiologische Meldesystem (EMS) einzutragen. Labore haben ihre Meldepflicht dahingehend zu erfüllen, dass sie die Meldung direkt ins EMS eintragen. Weiters besteht gem § 3b EpiG für Personen, die nach Durchführung eines SARS-CoV-2-Antigentests zur Eigenanwendung ein positives Testergebnis erhalten haben, die Verpflichtung unverzüglich die Gesundheitsbehörde zu informieren oder selbstständig eine Nachtestung zu veranlassen.

## 4.5 Maßnahmen in Bezug auf Kranke, Krankheitsverdächtige und Ansteckungsverdächtige

Kranke, krankheitsverdächtige und ansteckungsverdächtige Personen sind gemäß § 5 Abs. 1 EpiG verpflichtet, der zuständigen Behörde die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und sich den notwendigen ärztlichen Untersuchungen sowie der Entnahme von Untersuchungsmaterial zu unterziehen. Bei unkooperativen Personen besteht die Möglichkeit der Verhängung einer Verwaltungsstrafe nach § 40 lit. a EpiG. Bei Verschweigen einer von der/dem Betroffenen zumindest vermuteten SARS-CoV-2-Infektion können § 178 StGB („Vorsätzliche Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten“) oder § 179 StGB („Fahrlässige Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten“) zur Anwendung kommen. Bei Verdacht einer Straftat sind die Behörde oder andere öffentliche Dienststellen gemäß § 78 Abs. 1 StPO zur Anzeige bei der Kriminalpolizei oder Staatsanwaltschaft verpflichtet.

Gemäß § 7 EpiG können zur Verhütung der Weiterverbreitung kranke, krankheitsverdächtige oder ansteckungsverdächtige Personen angehalten oder im



Verkehr mit der Außenwelt beschränkt werden. Nach § 4 Absonderungsverordnung sind an COVID-19 erkrankte Personen sowie COVID-19-Krankheitsverdächtige abzusondern oder nach den Umständen des Falles lediglich bestimmten Verkehrsbeschränkungen zu unterwerfen. Eine solche Absonderung oder Verkehrsbeschränkung hat durch Bescheid der zuständigen BVB zu erfolgen. Der Bescheid kann erforderlichenfalls zunächst mündlich verkündet werden, wobei auf die §§ 57 und 62 AVG hingewiesen wird. Weiters besteht nach § 46 EpiG seit 15. Mai 2020 die Möglichkeit, einen solchen auch telefonisch zu erlassen. Nach § 7 Abs. 1a EpiG ist jede Anhaltung, die länger als zehn Tage aufrecht ist, dem Bezirksgericht von der BVB, die sie verfügt hat, anzuzeigen. Eine Absonderung kann, wenn dies erforderlich ist, auch mit Zwang vollzogen werden.

Die Absonderung hat nach § 2 Abs. 1 Absonderungsverordnung für die Dauer der Ansteckungsgefahr derart zu erfolgen, dass eine Weiterverbreitung der Krankheit hintangehalten wird. Insbesondere ist durch entsprechende Vorkehrungen Vorsorge zu treffen, dass die Krankheit nicht durch die Aus- und Abscheidungen der/des Kranken oder der/des Krankheitsverdächtigen weiterverbreitet wird. Falls eine zweckentsprechende Absonderung in der Wohnung nicht möglich ist, ist gemäß § 3 Abs. 3 Absonderungsverordnung die Unterbringung in einer Krankenanstalt mit entsprechenden Isoliereinrichtungen oder einem anderen geeigneten Isolierraum durchzuführen, sofern die Überführung ohne Gefährdung der abzusondernden Person erfolgen kann. Nach § 7 Abs. 3 EpiG können hierfür auch Barackenspitäler eingerichtet werden.

Als mögliche Verkehrsbeschränkungen werden im § 2 Abs. 3 Absonderungsverordnung beispielsweise eine besondere Meldepflicht, die sanitätspolizeiliche Überwachung sowie die periodische ärztliche Untersuchung angeführt. Weiters können auch der Besuch von Lehranstalten, öffentlichen Lokalen und Versammlungsorten sowie die Benützung öffentlicher Transportmittel und dergleichen verboten werden. Ferner können Beschäftigungen, die einen häufigen Verkehr mit anderen Personen bedingen, untersagt werden.

Insbesondere bei nicht rechtskonformem Verhalten – wie der Missachtung der behördlich angeordneten Absonderungsmaßnahmen oder sonstiger Verkehrsbeschränkungen – können die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes zur zwangsweisen Durchsetzung der Anordnung herangezogen werden (siehe Punkt 4.6.7). Als Ultima Ratio kann im Einzelfall vorübergehend auch das Versperren des Absonderungsbereiches gerechtfertigt sein.

Die Kostenübernahme für Absonderungsmaßnahmen ergibt sich aus § 36 EpiG. Die Kosten der Absonderung und der angeordneten Überwachung ansteckungsverdächtiger Personen werden vom Bund übernommen, jene für die Behandlung einer/eines Erkrankten vom zuständigen Krankenversicherungsträger. Der Bund trägt weiters gemäß § 32 Abs. 1 Z 1 i. V. m. § 36 Abs. 1 lit. i EpiG die Kosten etwaig anfallender Vergütungen für Verdienstentgang durch eine Absonderung.

## **4.6 Weitere Maßnahmen nach dem Epidemiegesetz 1950**

Neben der oben ausgeführten Absonderung und Verkehrsbeschränkung enthält das EpiG 1950 weitere Maßnahmen, welche zur Bekämpfung des jeweiligen Ausbruchsgeschehens gesetzt werden können. In diesem Abschnitt werden die für SARS-CoV-2 wesentlichen Maßnahmen näher ausgeführt.

### **4.6.1 Erhebungen über das Auftreten einer Krankheit**

Nach § 5 Abs. 3 EpiG sind auf Verlangen der BVB alle Personen, wie insbesondere behandelnde Ärztinnen/Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Laboren, Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber, Familienangehörige und Personal von Gemeinschaftseinrichtungen, die zu den Erhebungen einen Beitrag leisten können, zur Auskunftserteilung verpflichtet. Nachdem diese Aufzählung lediglich demonstrativ ist, sind im Anlassfall auch andere wie beispielsweise Beförderungsunternehmen zur Auskunft verpflichtet.

### **4.6.2 Durchführung von Screeningprogrammen**

Zur Bekämpfung von SARS-CoV-2 können gemäß § 5a EpiG zum Schutz bestimmter von der Pandemie besonders betroffener Personengruppen oder zur Sicherung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems Screeningprogramme durchgeführt werden. Eine Teilnahme daran ist freiwillig und unentgeltlich. Die daraus gewonnenen Daten sind in einem Register für Screeningprogramme zu verarbeiten. Bestätigte Infektionen sowie Verdachtsfälle sind zusätzlich in das EMS zu übertragen.

### **4.6.3 Maßnahmen gegen das Zusammenströmen größerer Menschenmengen**

§ 15 EpiG ermöglicht es, Veranstaltungen zu untersagen, an die Einhaltung bestimmter Voraussetzungen oder Auflagen zu binden sowie deren Abhaltung auf bestimmte Personen- oder Berufsgruppen einzuschränken. Der hier zugrunde liegende Veranstaltungsbegriff ist weiter gefasst als in anderen – vor allem landesrechtlichen – Normen. Er umfasst unter anderem auch kleine private Feierlichkeiten. Als Voraussetzungen oder Auflagen bei der Bekämpfung von SARS-CoV-2 können beispielsweise Abstandsregeln, das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (MNS) oder einer FFP2-Maske, das Vorliegen eines negativen Testergebnisses, Teilnehmerhöchstzahlen und das Erstellen von Präventionskonzepten angeordnet werden.

### **4.6.4 Anordnung von Schutzmaßnahmen, Schutzimpfungen**

Die BVB kann gemäß § 17 Abs. 3 EpiG Schutzmaßnahmen – wie Schutzimpfungen und die Gabe von Prophylaktika – für Personen, die sich berufsmäßig mit der Krankenbehandlung, der Krankenpflege oder Leichenbesorgung beschäftigen, und für Hebammen sowie im Einzelfall gemäß § 17 Abs. 4 EpiG für bestimmte gefährdete Personen anordnen. Eine Anordnung von Schutzmaßnahmen generell für die Allgemeinbevölkerung ist auf Basis der geltenden Rechtslage nicht möglich.

### **4.6.5 Verkehrsbeschränkungen gegenüber dem Ausland**

Gemäß § 25 EpiG können mittels Verordnung Maßnahmen gegen die Einschleppung von Krankheiten aus dem Ausland ergriffen werden. Bei SARS-CoV-2 sind solche Maßnahmen beispielsweise die Verpflichtung für Einreisende, ein negatives Testergebnis vorzulegen oder eine Heimquarantäne anzutreten.

### **4.6.6 Epidemieärztinnen/-ärzte und andere geeignete Personen zur Unterstützung bei Maßnahmen**

Soweit die zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit zur Verfügung stehenden Amtsärztinnen und Amtsärzte nicht ausreichen, können zusätzlich gemäß § 27 Abs. 1 EpiG für die Dauer des Bedarfes Epidemieärztinnen und Epidemieärzte bestellt werden, um ihre Aufgaben zu übernehmen.

Weiters können nach § 27a EpiG andere geeignete Personen, insbesondere Sanitäterinnen und Sanitäter, zur Unterstützung bei behördlichen Maßnahmen, welche nicht unter den Ärztevorbehalt fallen, hinzugezogen werden (insbesondere für das Contact-Tracing).

#### **4.6.7 Mitwirkung von Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes**

§ 28a Abs. 1 EpiG sieht die Mitwirkung von Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes an der Vollziehung des Epidemiegesetzes 1950 und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen vor. Sie haben die zuständigen Behörden und Organe über deren Ersuchen bei der Ausübung ihrer Aufgaben bzw. zur Durchsetzung der in den §§ 5, 6, 7, 15, 17, 22, 24 und 25 EpiG vorgesehenen Maßnahmen erforderlichenfalls unter Anwendung von Zwangsmitteln zu unterstützen (z. B. Unterstützung bei Erhebungen, bei der Durchsetzung der Absonderung, der Überwachung des Zutritts).

Darüber hinaus haben die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes an der Vollziehung des Epidemiegesetzes und der aufgrund dieses Bundesgesetzes erlassenen Verordnungen mitzuwirken durch

1. Maßnahmen zur Vorbeugung gegen drohende Verwaltungsübertretungen,
2. Maßnahmen zur Einleitung und Sicherung eines Verwaltungsstrafverfahrens und
3. die Ahndung von Verwaltungsübertretungen durch Organstrafverfügungen (§ 50 VStG).

Auf gleiche Weise ist die diesbezügliche Mitwirkung von Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes in § 2a COVID-19-MG normiert.

Im Rahmen des § 5 EpiG haben die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes auf Ersuchen der nach diesem Bundesgesetz zuständigen Behörden – sofern dringend erforderlich – an Maßnahmen nach § 5 mitzuwirken.

### **4.7 Maßnahmen nach COVID-19-Maßnahmengesetz**

Das COVID-19-MG beinhaltet Verordnungsermächtigungen für den Gesundheitsminister, die LHs und BVBs zum Erlass von Verboten sowie Auflagen und Voraussetzungen für das Betreten und Befahren von Betriebsstätten zum Zweck des Erwerbs von Waren und Dienstleistungen, Arbeitsorten und bestimmten Orten sowie das Benützen von

Verkehrsmitteln. Ziel dieser Bestimmungen ist es, das Zusammentreffen von Personen an diesen Orten zu verhindern oder so weit zu reglementieren, dass eine Verbreitung von SARS-CoV-2 verhindert wird. Als Voraussetzungen oder Auflagen können beispielsweise Abstandsregeln, das Tragen von MNS oder FFP2-Maske, das Vorliegen eines negativen Testergebnisses, Personenhöchstzahlen und das Erstellen von Präventionskonzepten angeordnet werden.

Weiters kann, sofern dies zur Verhinderung der Verbreitung von SARS-CoV-2 unerlässlich ist, durch Verordnung angeordnet werden, dass das Verlassen des privaten Wohnbereichs nur zu bestimmten Zwecken zulässig ist. Bezüglich Verordnungen des Gesundheitsministers, durch welche das Betreten, Befahren oder Benützen der oben angeführten Orte bzw. Verkehrsmittel gänzlich untersagt wird, sowie bei Ausgangsbeschränkungen hat dieser das Einvernehmen mit dem Hauptausschuss des Nationalrats herzustellen.

## **4.8 Beratungsgremien**

Gemäß § 8 BMG kann der Gesundheitsminister zur Vorbereitung und Vorberatung Kommissionen einsetzen. Durch diese Bestimmung ist es möglich, zusätzliche externe Fachexpertinnen und Fachexperten, beispielsweise in Form eines medizinischen Beraterstabs, hinzuzuziehen.

## **4.9 Maßnahmen im Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung sowie mit Impfungen**

Zur Aufrechterhaltung der Arzneimittelversorgung ermöglicht es § 94d AMG dem Gesundheitsminister im Falle einer Pandemie, durch Verordnung Ausnahmen von den Bestimmungen des AMG festzulegen. Weiters können auch Versorgungs- und Bereitstellungsverpflichtungen für die Kette der für die Arzneimittelversorgung Zuständigen (vom Zulassungsinhaber, Hersteller, Großhändler bis zur öffentlichen Apotheke) vorgeschrieben werden. Bei diesen Maßnahmen muss weiterhin sichergestellt sein, dass der Schutz des Lebens und der Gesundheit gewahrt bleibt. Solche Verordnungen sind mit höchstens sechs Monaten befristet.

In Hinblick auf die mögliche gleichzeitige Zirkulation von Influenzaviren und SARS-CoV-2 wurde die Influenza-Impfung in das kostenfreie Kinderimpfprogramm sowie in die Verordnung über empfohlene Impfungen aufgenommen. In weiterer Folge wurde auch die COVID-19-Impfung in diese Verordnung aufgenommen. Durch die Aufnahme einer Impfung in die Verordnung über empfohlene Impfungen kommt das Impfschadengesetz zur Anwendung.

Im Kontext epidemiologischer Situationen, insbesondere während der COVID-19-Pandemie, ist gemäß § 31 Abs. 3 Z 5 ÄrzteG 1998 die fachspezifische Beschränkung aufgehoben. Die Verabreichung von COVID-19-Impfungen kann daher von allen berufsberechtigten Ärztinnen und Ärzten unabhängig von der jeweiligen Fachrichtung durchgeführt werden. Zu beachten ist, dass selbstverständlich das entsprechende Komplikationsmanagement und die entsprechende Notfallversorgung für die zu impfenden Personen gewährleistet sein müssen.

## 4.10 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Epidemiegesetz 1950 [82]	RIS/BKA	<a href="https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&amp;Gesetzesnummer=10010265">https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&amp;Gesetzesnummer=10010265</a>
COVID-19-Maßnahmengesetz [81]	RIS/BKA	<a href="https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&amp;Gesetzesnummer=20011073">https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&amp;Gesetzesnummer=20011073</a>

# 5 Internationale und nationale Zusammenarbeit

Stand: 5. 2. 2021

## 5.1 Zusammenfassung

Auf internationaler und nationaler Ebene erfolgt in allen Phasen des Pandemiemanagements ein regelmäßiger Informationsaustausch zur Überwachung, Früherkennung und Koordination von Infektionskrankheiten, zur Weiterentwicklung der Reaktionsplanung bzw. im Anlassfall zur Lageberichterstattung und Absprache bezüglich Maßnahmen zur Schadensbegrenzung. Das folgende Kapitel geht zudem auf die rechtlichen Grundlagen der Zusammenarbeit und auf die Zuständigkeiten des BMSGPK sowie der Gesundheitsbehörden auf Bundesländerebene ein.

## 5.2 Internationale Zusammenarbeit

Auf internationaler Ebene bilden insbesondere die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IHR – International Health Regulations) der WHO sowie der Beschluss Nr. 1082/2013/EU des Europäischen Parlaments und des Rates zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren die Basis für die Zusammenarbeit zwischen Internationalen Organisationen und Mitgliedstaaten im Bereich der Surveillance, Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten [64, 90].

Das BMSGPK ist die offizielle österreichische Anlaufstelle betreffend die IHR der WHO (National IHR Focal Point), Anlaufstelle des Frühwarnsystems EWRS (Early Warning and Response System) der Europäischen Kommission (National EWRS Focal Point) sowie nationaler Ansprechpartner für das ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control).

Das Frühwarnsystem der WHO (EIS – Event Information Site) und jenes der Europäischen Kommission (EWRS) dienen dem raschen und sicheren Austausch von Informationen zur

epidemiologischen Überwachung und koordinierten Kontrolle von Gesundheitsgefahren durch übertragbare Krankheiten zwischen den Staaten und den internationalen Institutionen. Gemäß Beschluss Nr. 1082/2013/EU ist das EWRS ein EU-weites Schnellwarnsystem zur Meldung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren. Das dahinterliegende streng geschützte (Zugriff nur für Berechtigte) Computersystem ermöglicht eine ständige Verbindung zwischen der Europäischen Kommission (EK), dem ECDC und den EU-Ländern sowie den EU-Ländern untereinander. Zudem ist via EWRS eine Meldung direkt in das EIS der WHO möglich. Das EWRS dient der Warnmeldung, der Bewertung von Gesundheitsrisiken, der EU-weiten Koordination eines Response, d. h. einer Festlegung der zum Schutz der öffentlichen Gesundheit notwendigen Maßnahmen, und der Rückmeldung über ergriffene Maßnahmen. Informationen werden in den Mitgliedstaaten von der nominierten Stelle (dem National EWRS Focal Point) umgehend bearbeitet bzw. an relevante Stellen und Bereiche weitergegeben sowie erforderlichenfalls als Basis für Krisenmanagemententscheidungen aufbereitet. Auch für die grenzüberschreitende Kontaktpersonennachverfolgung (Contact-Tracing) ist das EWRS äußerst relevant, da über diese Plattform Personendaten gesichert ausgetauscht werden können.

Contact-Tracing ist ein essenzieller Bestandteil der Eindämmungsstrategie bei von Mensch-zu-Mensch übertragbaren Erkrankungen. Es handelt sich dabei um eine ressourcenintensive Tätigkeit. Wie auch für das Contact-Tracing auf nationaler Ebene wurden zur Sicherstellung des über das EWRS laufenden internationalen Contact-Tracings während der COVID-19-Pandemie zusätzliche personelle Ressourcen notwendig. Es erfolgte daher eine vollständige Übertragung der operativen EWRS-Betreuung und des daraus resultierenden internationalen Kontaktpersonenmanagements vom BMSGPK auf die AGES.

ECDC und WHO sammeln und bewerten relevante internationale Informationen und sprechen Handlungsoptionen zur Kontrolle des Pandemiegeschehens sowie Empfehlungen aus. Auf Anfrage der Europäischen Kommission, eines EU-Mitgliedstaates oder aufgrund einer ECDC-internen Entscheidung erstellt das ECDC Ad-hoc-Risikobewertungen.

Im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie erstellt das ECDC regelmäßige Risikobewertungen für EU/EWR und UK (<https://www.ecdc.europa.eu/en/current-risk-assessment-novel-coronavirus-situation>). Die WHO veröffentlicht wöchentliche Updates zur internationalen epidemiologischen Situation [91].



Über den von der EK eingerichteten Gesundheitsausschuss (HSC – Health Security Committee) werden regelmäßig Konferenzen unter Teilnahme von Vertreterinnen/Vertretern der EK, der EU-Mitgliedstaaten, des ECDC und der WHO (teilweise in Arbeitsgruppen) zu bestimmten Gesundheitsthemen sowie nach Bedarf zu aktuellen Gesundheitsgefahren abgehalten. Im Anlassfall wird die Frequenz dieser Konferenzen erhöht (derzeit finden sie wöchentlich statt), und es können spontan Video- oder Audiokonferenzen einberufen werden, die neben dem Informationsaustausch insbesondere der internationalen Abstimmung weiterer Vorgehensweisen dienen (inkl. Maßnahmen im internationalen Reiseverkehr). Zusammenfassende Protokolle der Konferenzen sind auf der Website der Europäischen Kommission zu finden, und zwar unter [https://ec.europa.eu/health/preparedness\\_response/latest\\_updates\\_de](https://ec.europa.eu/health/preparedness_response/latest_updates_de).

### 5.3 Nationale Zusammenarbeit

Neben der Zusammenarbeit im Bereich der Surveillance (siehe Kapitel 8) gibt es auf nationaler Ebene weitere etablierte Strukturen, die gemeinsam das nationale Krisenmanagement darstellen. Innerhalb des BMSGPK bildet der Krisenstab das zentrale Element des Krisenmanagements während einer Pandemie. Zwischenbehördlich werden Informationen über verschiedene etablierte Strukturen weitergeleitet. Dies geschieht im Regelbetrieb über den routinemäßigen Austausch zwischen dem BMSGPK, den Landessanitätsdiensten (LSDs) und allen relevanten Ressorts.

Im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie wurde die Frequenz des regelmäßigen Austauschs zwischen dem Krisenstab des BMSGPK und den LSDs erhöht und eine einmal wöchentlich stattfindende Videokonferenz etabliert. Das BMSGPK betreibt seit 2009 die Kommunikationsplattform <https://www.verbrauchergesundheit.gv.at> für interne Behördenkommunikation. Beginnend mit April 2020 wurde diese Plattform auch für die interne Krisenkommunikation betreffend COVID-19 genutzt. Kolleginnen und Kollegen in den Bundes-, Landes- und Bezirksbehörden erhalten dort in einem eigenen Ordner COVID-19-relevante Informationen.

Die Koordination des gesamten Staatlichen Krisen- und Katastrophenmanagements (SKKM) erfolgt durch das Innenministerium. Hierfür ist grundsätzlich ein interministerieller Koordinationsausschuss vorgesehen. In diesem Rahmen wird das Vorgehen bei besonderen die Sicherheit Österreichs betreffenden Themen mit Vertreterinnen und Vertretern der Ministerien, der Präsidentschaftskanzlei, der Bundesländer, der

Einsatzorganisationen unter allfälliger Hinzuziehung betroffener Infrastrukturorganisationen oder sonstiger Organisationen akkordiert.

Im Fall komplexer Krisen- und Katastrophensituationen, so auch während der COVID-19-Pandemie, ist es die Aufgabe des SKKM, die rasche Koordination der Bundesbehörden untereinander sowie die Koordination und Zusammenarbeit mit den Ländern sicherzustellen. Darüber hinaus informiert die Gesundheitsministerin / der Gesundheitsminister die Bundesregierung. Es soll damit die Festlegung und Umsetzung situationsadäquater Maßnahmen unterstützt und gleichzeitig die Bevölkerung ausreichend über die aktuelle Situation informiert werden. Seit Beginn der Pandemie wird dieser Koordinationsausschuss praktisch täglich einberufen.

Im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie hat das BMSGPK eine Taskforce mit renommierten Expertinnen und Experten verschiedenster Disziplinen eingerichtet, die zum einen medizinisch-wissenschaftlich berät und zum anderen bestens für Krisenmanagement gerüstet ist (nähere Informationen unter [https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-\(2019-nCov\)/Coronavirus---Taskforce.html](https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-(2019-nCov)/Coronavirus---Taskforce.html)). Die Corona-Kommission ist ein nach § 8 BMG eingesetztes Gremium aus Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertretern des BMSGPK und der Bundesländer zur Beratung des Gesundheitsministers (siehe auch Punkt 3.6). Seit 3. September 2020 schätzt die Corona-Kommission regelmäßig – mindestens einmal wöchentlich – das bundesweite Risiko ein.

### **Hauptaufgaben des BMSGPK im Rahmen des COVID-19-Managements**

- Koordination des nationalen Krisenmanagements im Bereich Gesundheit bzw. Festlegung einer nationalen Strategie im Zuständigkeitsbereich gemäß Bundesministerengesetz (BMG)
- Koordination und Erhalt der nationalen Referenzzentralen für respiratorische Viren
- Verantwortung für den Betrieb eines nationalen Surveillance- bzw. Meldesystems (epidemiologisches Meldesystem [EMS])
- Schaffung rechtlicher Grundlagen für Maßnahmen zur Eindämmung bzw. Bekämpfung von Gefahren für die öffentliche Gesundheit
- Vorgaben und Empfehlungen zur Umsetzung der Maßnahmen für Bevölkerung, Gesundheitspersonal und Institutionen (siehe BMSGPK-Homepage)
- Koordination und Abstimmung der Kommunikation auf nationaler und internationaler Ebene
- Beschaffung von COVID-19-Impfstoffen und Festlegen einer Impfstrategie

Dem **Krisenstab** des BMSGPK kommt im Fall einer Pandemie eine zentrale Rolle zu, wobei das Wahrnehmen der strategischen und koordinierenden Aufgaben auf nationaler Ebene sowie die Abstimmung auf internationaler Ebene (Gesundheitsministerinnen/Gesundheitsminister, WHO, ECDC, EK) zentrale Aufgaben sind. Die zeitliche Frequenz und die Intensität der Aktivitäten sind dem konkreten nationalen Bedrohungspotenzial anzupassen.

Derzeit sind auf Bundesebene sowohl der Veterinär- als auch der Humanmedizinbereich im BMSGPK angesiedelt, was im Sinne des „one health approach“ eine rasche und kontinuierliche Abstimmung und Zusammenarbeit der beiden Bereiche erleichtert.

### **Hauptaufgaben und Verantwortlichkeiten der Bundesländer**

- Vorbereitung der Gesundheitsversorgung im Pandemiefall (z. B.: Betten- und Personalkapazitäten)
- Umsetzung und/oder Anordnung der notwendigen Maßnahmen (Veranstaltungsverbote, Schließen von Gemeinschaftseinrichtungen etc.)
- Koordination mit Bezirken und Gemeinden
- Informationsaustausch mit Bund, Bezirken und Gemeinden
- Kommunikation mit bundesländerspezifischen Institutionen über Strukturen und Abläufe
- Sicherstellung der zeitgerechten Meldung anzeigepflichtiger Krankheiten im jeweiligen Zuständigkeitsbereich gemäß geltender Rechtslage
- Durchführung des Kontaktpersonenmanagements (BVBs)
- Vollziehung des Epidemiegesetzes und der Absonderungsverordnung (BVBs), z. B. Absonderung, Verkehrsbeschränkungen, Berufsverbot, Krankentransportveranlassung, Anordnung eines Gesundheitsmonitorings
- Koordination sowie Durchführung der COVID-19-Impfungen auf Landesebene gemäß dem COVID-19-Impfplan [92]

## 5.5 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
International Health Regulations (2005) Third Edition [64]	WHO	<a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496">https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496</a>
Beschluss Nr. 1082/2013/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Oktober 2013 [90]	EU	<a href="https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/decision_serious_crossborder_threats_22102013_de.pdf">https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/decision_serious_crossborder_threats_22102013_de.pdf</a>
Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update [91]	WHO	<a href="https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports">https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports</a>

# 6 Kommunikation

Stand: 18. 2. 2020

## 6.1 Zusammenfassung

Das folgende Kapitel skizziert Grundlagen der Krisenkommunikation und richtet sich an Verantwortliche der Kommunikation in Behörden und diesen nahestehenden Einrichtungen. Die vorliegenden Ausführungen bieten eine kompakte und strukturierte Anleitung zur Planung, Durchführung und Analyse von Kommunikationsmaßnahmen während einer Pandemie. Bewährte Regeln finden hier ebenso wie neueste gesellschaftliche Entwicklungen, etwa der Einfluss sozialer Medien, ihre Berücksichtigung.

## 6.2 Einleitung

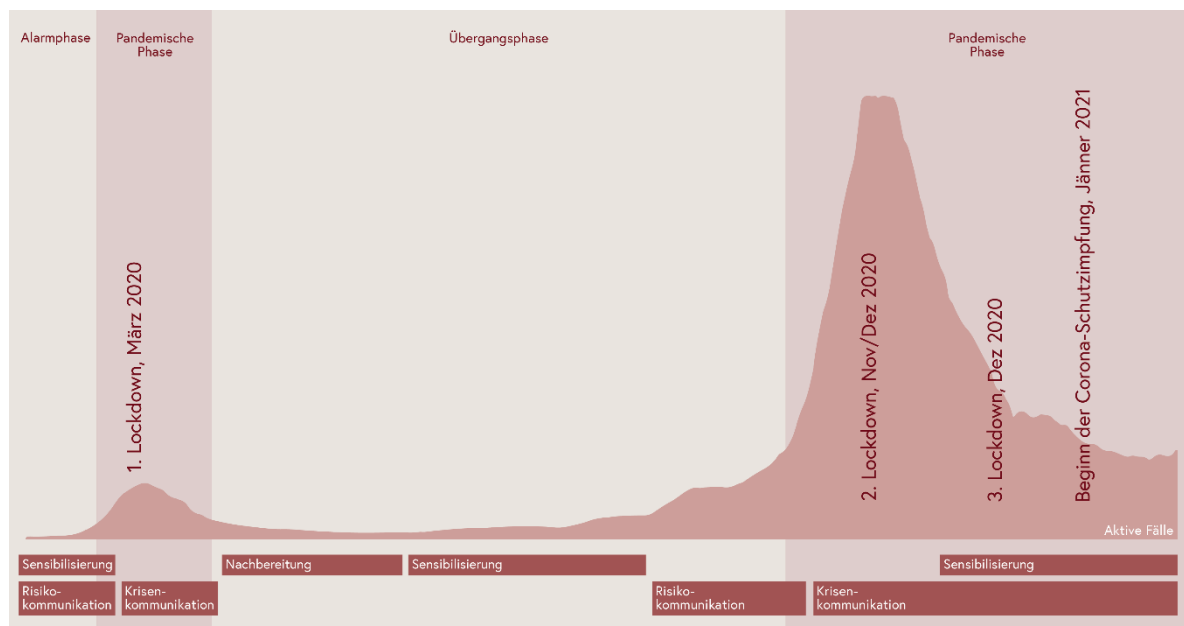
*„Wenn eine Notlage (oder Krise) der öffentlichen Gesundheit auftritt, beeinflusst die Kommunikation unmittelbar die Entwicklung der Ereignisse.“ [93]*

Die Kommunikation spielt als integraler Bestandteil des Risiko- und Krisenmanagements eine entscheidende Rolle sowohl bei der Vorsorge für eine Pandemie als auch bei deren Eindämmung, Bewältigung und Evaluierung. Beteiligte Akteurinnen und Akteure müssen rasch auf den gleichen Wissensstand gebracht werden. Die (Fach-)Presse, sowie die in Österreich lebende Bevölkerung müssen umfassend, widerspruchsfrei und wahrheitsgetreu informiert, über den bestmöglichen Schutz vor einer Erkrankung instruiert und zum aktiven Selbst- und Fremdschutz motiviert werden. Vor allem Angehörige von Gesundheitsberufen müssen rasch mit notwendigen und faktenbasierten Informationen versorgt werden. Nach der Krisenbewältigung setzt die Phase der Nachbereitung ein. Gesetzte kommunikative Maßnahmen werden evaluiert und notwendige Adaptionen für einen zukünftigen verbesserten Schutz der kollektiven Gesundheit vorgenommen.

## 6.3 Ausgangslage

Während einer Pandemie muss zwischen der **koordinierenden Kommunikation** und der **informierenden und verhaltenslenkenden Kommunikation** unterschieden werden. Während die Koordination der Information entscheidend zum Vollzug der gesetzten Maßnahmen durch diverse Behörden beiträgt, zielt die verhaltenslenkende Kommunikation darauf ab, die Zahl der Infektionen in der Bevölkerung so gering als möglich zu halten und den Verlauf der Pandemie einzubremsen. Bei welcher Behörde die Verantwortung für die koordinierende Kommunikation liegt, hängt von der thematischen Beschaffenheit der Krise und der Eskalationsstufe ab. Die informierende und verhaltenslenkende Kommunikation lässt sich in verschiedene Phasen einteilen:

Abbildung 3: Phasen des Pandemiemanagements während der COVID-19-Pandemie und entsprechende Kommunikationsformen



Quelle: BMSGPK

### 6.3.1 Sensibilisierung<sup>1</sup>

Bei erwarteten Ausbrüchen von Epidemien und Pandemien wird diese Phase zur Planung von Maßnahmen und zur Streuung erster Informationen in der Bevölkerung genutzt. Ziel der Sensibilisierung ist es, dass zu einem frühen Zeitpunkt Bewusstsein und Vertrauen in der Bevölkerung geschaffen und Antworten auf die dringendsten Fragen gegeben werden:

- Wie ist die Faktenlage?
- Was ist noch ungeklärt?
- Was wird seitens der Behörde unternommen?
- Was muss die Bevölkerung tun?
- Wo findet man Informationen?

Darüber hinaus steht in dieser Phase auch die Einbeziehung aller relevanten Akteurinnen und Akteure im Fokus. Als geeignete Maßnahmen zur Wissens- und Informationsvermittlung werden an dieser Stelle z. B. Hintergrundgespräche und Interviews mit diversen Medien, Stakeholder-Dialoge oder Interviews mit Expertinnen oder Experten genannt.

Bei sich wiederholenden Ereignissen (z. B. Wellen einer Pandemie, Verschärfung bzw. Lockerung der politischen Maßnahmen) gestaltet sich eine „erneute“ Sensibilisierung der Öffentlichkeit zunehmend schwieriger. Hier sind zielgruppenspezifische Kommunikationsmaßnahmen erforderlich, um auf die Akzeptanz politischer Maßnahmen, das Vertrauen und die individuelle Risikowahrnehmung der Bevölkerung positiv einwirken zu können.

### 6.3.2 Risikokommunikation

Mit den ersten Anzeichen eines möglichen Pandemieausbruchs ist eine umfassende, transparente und kontinuierliche Information durch das Internet, vor allem über die eigene Website, soziale Netzwerke, Hotline(s) und die diversen Fach- und Massenmedien zu gewährleisten, stets unter Berücksichtigung der damit verbundenen Unsicherheiten.

---

<sup>1</sup> In Kapitel 5 (Internationale und nationale Zusammenarbeit) wird der regelmäßige Informationsaustausch zur Überwachung, Früherkennung und Koordination behandelt, welcher der Weiterentwicklung der Reaktionsplanung, der Lageberichterstattung und der Absprache bezüglich Maßnahmen zur Schadensbegrenzung dient.

Sämtliche medizinische Dienste und Stellen sind in Kontakt mit der Öffentlichkeit und müssen daher immer den aktuellsten Informationsstand kennen. Das gilt insbesondere für die medizinische Grundversorgung wie die Apotheken, die Hausärztinnen und -ärzte und natürlich die Medien.

Das Verständnis bestimmter Risiken und die damit verbundene Einsicht, dass eine Gefährdung für die eigene Gesundheit oder das eigene Leben besteht, können eine Verhaltensänderung oder zumindest die Bereitschaft dazu hervorrufen. Vorrangige Ziele der Risikokommunikation sind somit die Aufklärung über Risiken und die Verhinderung von Gefährdungen. Dies setzt ein Vertrauensverhältnis unter allen am Risikomanagement Beteiligten voraus, welches bereits in krisenfreien Zeiten aufgebaut und dann für die Dauer der bestehenden Risiken erhalten werden muss. Gelungene Risikokommunikation fördert langfristige Risikomündigkeit in der Bevölkerung, die wiederum die Basis für die individuelle Handlungsfähigkeit jeder einzelnen Bürgerin und jedes einzelnen Bürgers ist.

Abbildung 4: Ziele von Risikokommunikation [94]



Quelle: BMI Deutschland: Leitfaden Krisenkommunikation (2014)

### 6.3.3 Krisenkommunikation

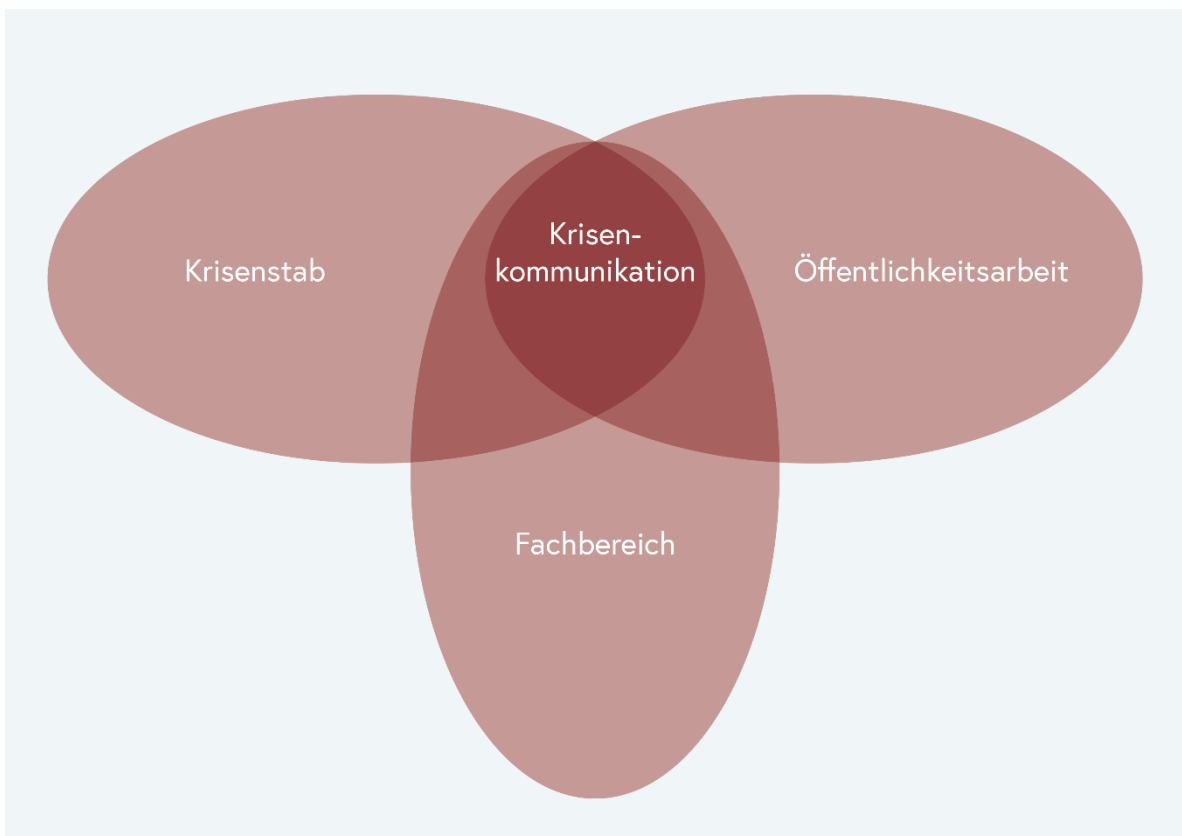
In einer akuten Phase einer Gesundheitskrise müssen die gesetzten Maßnahmen klar und einheitlich von sämtlichen Behörden, vor allem dem Ministerium als oberster Gesundheitsbehörde kommuniziert werden. Es bedarf einer abgestimmten Kommunikationslinie zwischen sämtlichen relevanten Stakeholdern. Nur so kann die angestrebte Meinungshoheit in der Bevölkerung gewonnen werden.

Verschiedene Anspruchsgruppen benötigen spezifische Kommunikationsziele. Auch ethische Grundlagen von Maßnahmen und Entscheidungen, beispielsweise der Verteilung der beschränkten Gesundheitsressourcen (Impfstoffe, Medikamente, Ressourcen auf der



Intensivstation usw.) müssen offen und transparent dargelegt werden. Sollte bestimmten Berufsgruppen (Pflegerkräften, Polizistinnen und Polizisten, Akteurinnen und Akteuren von für die Allgemeinheit unerlässlichen Diensten, Behördenvertreterinnen und -vertretern usw.) Priorität bei der Verteilung eingeräumt werden, muss das verständlich kommuniziert werden.

Abbildung 5: Zusammenspiel Krisenkommunikation [94]



Quelle: BMI Deutschland: Leitfaden Krisenkommunikation (2014)

### 6.3.4 Nachbereitung bzw. Auswertung

Im Anschluss an die Pandemie bzw. schon beim Abklingen der akuten Gefahr – in der postpandemischen Phase – folgt die Nachbearbeitung in der Kommunikation. Die eingesetzten Maßnahmen und Mittel werden evaluiert und adaptiert, um bei einer weiteren Welle oder einer anderen Pandemie zielführender eingesetzt werden zu können.

## 6.4 Abgrenzung zwischen Risiko- und Krisenkommunikation

Um langfristig erfolgreiche Kommunikationskonzepte zur Bewältigung pandemischer Krisensituationen zu entwickeln, müssen Risiko- und Krisenkommunikation einerseits klar voneinander unterschieden, muss aber andererseits auch ihr Zusammenspiel aufgezeigt werden. Während Risikokommunikation vor allem den Auftrag der Vorbeugung potenzieller Risiken und der Vorbereitung auf diese hat, wird sie im Akutfall von der Krisenkommunikation abgelöst, beispielsweise bei Ausbruch einer Pandemie. Gerade in der besonders lange andauernden COVID-19-Pandemie stehen Risiko- und Krisenkommunikation miteinander in einem engen Zusammenhang. Entsprechend dem Pandemieverlauf wechseln sich auch Risiko- und Krisenkommunikation in mehreren Phasen ab. Während eine Infektionswelle von Krisenkommunikation begleitet wird, herrscht in der Zeit zwischen zwei Wellen die Risikokommunikation vor. Gleichzeitig laufen Risiko- und Krisenkommunikation parallel ab, denn durch die Schwere der COVID-19-Pandemie treten weitere potenzielle oder ausbrechende Krisen auf, beispielsweise die soziale Krise, die drohende und sich in der Pandemie verstärkende Pflegekrise oder die krisenhaften Situationen in den Spitälern und Krankenanstalten. Diese Krisen müssen jeweils mit sich teilweise überschneidenden eigenen Kommunikationsstrategien begleitet werden.

## 6.5 Grundsätze und Regeln von Risiko- bzw. Krisenkommunikation

### 6.5.1 Offenheit, Transparenz und Regelmäßigkeit

Sich mit regelmäßiger, transparenter und glaubwürdiger Information an die Öffentlichkeit zu wenden ist die Basis gelungener Risiko- und Krisenkommunikation. Grundlagen der Risikobewertung müssen ebenso wie die Entscheidungsprozesse transparent dargestellt und offengelegt werden. Aufgrund des hohen Tempos, in dem während der COVID-19-Pandemie Maßnahmen gesetzt und Verordnungen erlassen werden, ist die Erfüllung dieses Grundsatzes eine große Herausforderung. Für die Glaubwürdigkeit einer Behörde ist eine transparente Kommunikation maßgeblich und nicht zuletzt auch ausschlaggebend für ihre Reputation.

## **6.5.2 Glaubwürdigkeit und Konsistenz**

Das Vertrauen der Bevölkerung in einer Krise zu schaffen und auch zu erhalten ist Grundvoraussetzung dafür, dass gesetzte Maßnahmen wirken, weil sie von möglichst vielen Bürgerinnen und Bürgern aus Überzeugung mitgetragen werden. Hierbei helfen Aussagen über Gefahren, Risiken und Nutzen vonseiten unabhängiger Stellen. Außerdem ist es entscheidend, dass alle zuständigen Behörden konsistent in ihrer Argumentation und Begründung sind. Hier kommt der koordinierenden Kommunikation eine entscheidende Rolle zu.

## **6.5.3 Dialogorientierung**

Bürgerinnen und Bürger sind gleichberechtigte Interessenpartner, denen auf Augenhöhe begegnet werden muss. Das bedeutet auch, gestellte Fragen zu beantworten und die Ängste der Bevölkerung ernst zu nehmen. Um möglichst die gesamte Bevölkerung zu erreichen, ist es wichtig, das gesamte Spektrum an (Massen-)Medien zu nutzen. Das Internet gewinnt neben den klassischen Medien wie Print, Radio und Fernsehen immer mehr an Bedeutung. Große Veränderungen haben auch die sozialen Medien gegenüber den klassischen Medien mit sich gebracht. Kommunikation wird zu einem vielfältigen Massenphänomen und ändert flexibel und situationsbedingt ihre Richtung. Während in klassischen Medien die Kommunikation ausgehend von wenigen Sendenden an viele Empfangende verlaufen ist (One-to-many-Kommunikation), kann heute beinahe jede Person senden und empfangen zugleich. Die Grenzen zwischen jenen, die Nachrichten und Informationen produzieren, und jenen, die sie konsumieren, verschwimmen (Many-to-many-Kommunikation).

Dem Umstand, dass Massenmedien die Ansprüche der Bevölkerung verändern, müssen die Behörden Rechnung tragen. Die Bevölkerung will mitreden, Fragen stellen und individuell Antworten erhalten. Spätestens mit dem Web 2.0 hat der einseitige Monolog ausgedient.

Die Schaffung direkter Dialogmöglichkeiten nimmt unmittelbaren Einfluss auf die Stimmung in der Bevölkerung und beeinflusst damit, wie es sich in der COVID-19-Pandemie deutlich zeigt, auch den Verlauf einer Gesundheitskrise maßgeblich.

## 6.5.4 Weitere Kommunikationsregeln, die während der COVID-19-Pandemie berücksichtigt wurden und werden

### 1. Vorbereitung

Gute Krisen-PR ist gute PR, und schlechte Krisen-PR kann sämtliche Reputation kosten. Eine gezielte Vorbereitung in „ruhigen“ Zeiten hilft, für den Ernstfall gerüstet zu sein und schafft Handlungssicherheit. Herzstück erfolgreicher Kommunikationsstrategie ist ein zielgerichteter und stetig zu aktualisierender **Krisenkommunikationsplan**, der konkrete Vorgehensweisen definiert, Verantwortlichkeiten sowie Art und Ablauf definierter Kommunikationsmaßnahmen in Krisensituationen festlegt.

Regelmäßige **Krisenübungen** unter Beteiligung aller relevanten Stakeholder schaffen Sicherheit und Vertrauen.

### 2. Tempo

Eine Krise wartet nicht ab, bis alles geregelt und die Kommunikation vorbereitet ist, deswegen heißt es im Ernstfall: rasch recherchieren – rasch kommunizieren. Das erste Statement an die Öffentlichkeit muss zeitnah nach Bekanntwerden einer Krise erfolgen und gut vorbereitet sein. Fehlinformationen sind trotz des gesteigerten Tempos in Krisen unbedingt zu vermeiden.

### 3. Wahrheit

Glaubhaftigkeit ist das A und O gelungener Kommunikation.

Verantwortungsträgerinnen und -träger haben so wie Regierungsinstitutionen die Pflicht, transparent und wahrheitsgetreu zu informieren. Die Botschaften müssen ehrlich und durchdacht sein: Wer weder verheimlicht noch beschönigt, sondern klar sagt, „was Sache ist“, schafft Nähe und eine verlässliche Vertrauensbasis.

### 4. Offensivität

Generell hat sich in der Krise die Formel bewährt: Je offensiver die Informationspolitik, desto kürzer die Beunruhigung in der Bevölkerung und desto weniger Spekulationen und Verunsicherung. Sich nicht zu äußern gilt als Schuldeingeständnis oder wird als Überforderung wahrgenommen.

### 5. Empathie

Gelungene Krisenkommunikation zeigt Verständnis und nimmt Anteil. Es hilft bei der Bewältigung der Krise, wenn jene, die sprechen, der Bevölkerung sympathisch sind.

### 6. Einheitlichkeit

Gerade in Krisen ist es wichtig, mit einer Stimme zu sprechen. Alle in einer Organisation sollten einheitliche Botschaften nach außen kommunizieren.

## 7. Botschaften

Keine Kommunikation ohne Botschaft für die zu erreichenden Anspruchsgruppen. Die Botschaften müssen kurz, einfach, gut verständlich und einprägsam sein und sollten als früh als möglich verbreitet werden und zwar in der Sprache des Zielpublikums.

## 8. Sprache

Weniger ist mehr, besonders in der Krisenkommunikation. Die Ereignisse überschlagen sich, und es bricht eine regelrechte Informationsflut über die Menschen herein. Die Lösung sind klare und kurze Botschaften, kein Fachjargon. Unverständliche Informationen führen zu Irritationen und Verunsicherung.

## 9. Erreichbarkeit

In der Krise gibt es keinen Pausenknopf, Erreichbarkeit rund um die Uhr ist ein Muss. Das gilt für das Kommunikationsteam nicht nur gegenüber der Presse, sondern auch gegenüber der Bevölkerung. In diesem Kontext kommt dem Community-Management (s. Abschnitt 6.7.1) auf den Social-Media-Kanälen eine ganz neue Bedeutung zu.

## 10. Aktion

Am Ende zählen Taten. Wer ankündigt und dann nicht handelt und damit die Geduld der Bevölkerung auf die Probe stellt, verliert in der Krise schnell an Glaubwürdigkeit.

## 11. Ausblick

Wie soll oder wird es in Zukunft sein? Um durchhalten zu können, ist es für alle Beteiligten wichtig, eine Zukunftsperspektive vor Augen zu haben.

### 6.5.5 Tabus in der Risiko- und Krisenkommunikation

#### 1. kein Kommentar

Sich zu verstecken und die Kommunikation einzustellen ist vor allem in der Krise keine Option. Verantwortungsträgerinnen und -träger haben die Verpflichtung, der Bevölkerung und den Medien Rede und Antwort zu stehen.

#### 2. Sarkasmus

Ironie und Sarkasmus sind bei Organisationen oder Personen, die eine hohe Verantwortung tragen, im Allgemeinen unangebracht. In der Krise wächst die Gefahr, missverstanden zu werden.

#### 3. bewusste Unwahrheiten

Es ist in Ordnung, nicht jede bekannte Information weiterzugeben, aber bewusst die Unwahrheit zu sagen ist völlig unangebracht.

#### 4. Interview abbrechen

Es ist nicht immer leicht, einen kühlen Kopf zu bewahren. Gerade in Krisenzeiten sind Verantwortungsträgerinnen und -träger unangenehmen Fragen der Medien ausgesetzt. Ein Interview abzubrechen oder dabei die Beherrschung zu verlieren ist nicht nur unprofessionell, sondern kostet auch Glaubwürdigkeit.

#### 5. falsche Versprechungen

Wenn es keine zufriedenstellende Lösung gibt, gestaltet sich die Kommunikation gerade in Krisenzeiten oft sehr schwierig. Durch das erhöhte Tempo wirken schon ein paar Tage wie eine Ewigkeit, und trotzdem ist es wichtig, keine unrealistischen Versprechen zu machen. Das führt im Nachhinein zu noch mehr Enttäuschung und Verunsicherung.

## 6.6 Herausforderungen der COVID-19-Krisenkommunikation

Pandemien, wie die gegeständlich durch das SARS-CoV-2 hervorgerufene, stellen eine besonders große kommunikative Herausforderung dar. In der Bevölkerung entsteht schnell eine sogenannte Pandemiemüdigkeit [95], die zum einen durch die Komplexität und die lange Dauer pandemischer Verläufe und zum anderen durch die sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen entsteht. Das Risiko, das vom Virus ausgeht, ist nicht in einfache Botschaften wie beispielsweise „wenig gefährlich für viele“, „gefährlich für einige“ zu übersetzen.

Die Einschätzung der Bedrohung durch das Virus führt zu kontroversen Aussagen bei Expertinnen und Experten. Manche fokussieren auf Einzelpersonen und schätzen die Bedrohung gering ein, andere fokussieren auf das Gesundheitssystem und schätzen die Bedrohung hoch ein. Für die Bevölkerung entsteht der Eindruck eines Widerspruchs, was dazu führen kann, dass notwendigerweise gesetzte Maßnahmen infrage gestellt werden.

Aufgrund der Neuartigkeit des Virus verändern sich die wissenschaftlichen Grundlagen rasch, und vieles ist noch unbekannt. Was an einem Tag noch gilt, ist am nächsten unter Umständen infrage gestellt (z. B. Übertragbarkeit, Immunität etc.). Sich jeweils an die neue Ausgangslage anzupassen erzeugt den Eindruck der Inkonsistenz bei der Bevölkerung. [96] basierend auf [97]

## 6.7 Die Bedeutung der sozialen Medien

Aus Sicht der Öffentlichkeitsarbeit stehen die sozialen Medien für eine dialogorientierte Nutzung des Internets. Behörden können mit ihren Social-Media-Angeboten über bereits bestehende Kontaktmöglichkeiten Angebote schaffen und positive Beziehungen zur Bevölkerung aufbauen. Informationen lassen sich über soziale Netzwerke besonders schnell, einfach und effizient verbreiten.

Am Beispiel der COVID-19-Pandemie wurde eine proaktive Informationsverbreitung über die BMSGPK-Accounts auf Facebook, Twitter, Instagram und Youtube praktiziert.

### 6.7.1 Community-Management

Vor allem das Gewicht des Community-Managements innerhalb der sozialen Medien darf in seiner Bedeutung nicht unterschätzt werden. Zu Beginn der Pandemie sind die einschlägigen Anfragen auf allen Kanälen in die Höhe geschossen und haben sich vervielfacht. Dort, wo gesicherte Informationen vorhanden und freigegeben waren und sind, kann schnell auf Fragen aus der Bevölkerung eingegangen werden, stets mit dem Ziel, Falschmeldungen und Gerüchte zu zerstreuen. Relevante Fragen wurden und werden vornehmlich mit Verweis auf den jeweiligen FAQ-Bereich direkt beantwortet. Da wo Wordings und Antworten fehlen, kommt der BMSGPK-interne Krisenstab auch in diesem Bereich zum Einsatz. Einmal entstandene und freigegebene Wordings werden über interne Verteiler verbreitet, um mit einer Stimme nach außen zu kommunizieren und zu garantieren, dass Anfragen aus der Bevölkerung mit dem ähnlichen oder selben Wortlaut beantwortet werden. Hassnachrichten, untergriffige Beleidigungen und Gewaltaufrufe wurden durch Löschen oder Verbergen moderiert. Gerade in diesem Bereich besteht großer Handlungsbedarf: Hier sind künftig Leitlinien für Behörden vonnöten, die festlegen, wie in einer digitalisierten Welt die Kommunikation mit Bürgerinnen und Bürgern umgesetzt werden kann.

### 6.7.2 Corona-Desinformation „Infodemie“ [62]

Mit Ausbruch der Corona-Pandemie kam es zu einer Flut an Desinformation, also zu einer gezielten Verbreitung von Falschinformationen, Gerüchten und Verschwörungstheorien. Die Weltgesundheitsorganisation spricht in diesem Zusammenhang von einer sogenannten „Infodemie“. Die Kommunikation über Social Media muss an dieser Stelle auch die Rolle der gesundheitspolitischen Intervention einnehmen. Um das Vertrauen der

Öffentlichkeit zu gewinnen und aufrechtzuerhalten müssen die Botschaften und Informationen seitens der Behörde klar, regelmäßig und offen transportiert werden. Auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse muss rasch reagiert werden, um der Gefahr der Ausbreitung von Fehlinformation, Ungewissheit und Zweifel in der Bevölkerung entgegenzuwirken.

## **6.8 Beispiele konkreter Kommunikationsmaßnahmen**

### **6.8.1 Hotlines für unterschiedliche Zielgruppen**

Der Einsatz und die Verstärkung bereits existierender Hotlines haben vor allem direkt nach Ausbruch der Corona-Pandemie einen wesentlichen Beitrag zum erfolgreichen Krisenmanagement beigetragen, und die Hotlines zählen noch immer zu den wirkungsvollsten Maßnahmen in der Corona-Krisenkommunikation. Die individuelle Beratung und Beantwortung von Fragen hilft, aufkommende Panik in der Bevölkerung abzubauen. Diese Funktion hat im Wesentlichen die AGES-Infoline übernommen. Die kostenlose „AGES-Infoline Coronavirus“ steht für allgemeine Fragen zum Coronavirus unter 0800 555 621 täglich von 0 bis 24 Uhr zur Verfügung.

Eine der wichtigsten Maßnahmen in der Bekämpfung der Corona-Pandemie in Österreich ist die Corona-Hotline 1450. Grundsätzlich gibt es die kostenlose Gesundheitsberatung 1450 in ganz Österreich bereits seit November 2019. Nach Ausbruch der Pandemie wurde diese Hotline zur Entlastung der medizinischen Einrichtungen als erste Anlaufstelle für Bürgerinnen und Bürger bei Infektionsverdacht etabliert. Das hat maßgeblich dazu beigetragen, dass infektiöse Menschen zu Hause geblieben sind, statt, auf Versorgung und Testung in den Gesundheitseinrichtungen wartend, zu einer schnellen Ausbreitung des Virus beizutragen.

Auf der Website des BMSGPK wurden Hotlines, Anlaufstellen und hilfreiche Kontakte österreichweit und auf Ebene der Länder, Gemeinden sowie Städte zur Verfügung gestellt und regelmäßig aktualisiert. Auch auf den Social-Media-Kanälen und in Pressestatements wurden diese Hotlines fortwährend, zu verschiedenen Anlässen an die Bevölkerung kommuniziert.



## 6.8.2 Websites und FAQs

Websites der Behörden sind insbesondere in Krisenzeiten für viele Bürgerinnen und Bürger die erste Anlaufstelle, um an Informationen zu gelangen. Daher müssen dort die wesentlichen Informationen (z. B. Handlungsempfehlungen, Richtlinien, Hilfsangebote) aktuell sein und in verständlicher Sprache zur Verfügung gestellt werden. Keinesfalls dürfen nichtabgesicherte Informationen wie z. B. Mutmaßungen, Überlegungen etc. veröffentlicht werden, da dies zu Gerüchten, Spekulationen und Verunsicherung führt.

Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQs) stellen ein taugliches Instrument zur einfachen und verständlichen Aufbereitung vorhandener Informationen dar. Dabei sollte man sich auf allgemeine und wesentliche Fragen konzentrieren, um Missverständnisse zu vermeiden, die durch die (Fehl-)Interpretation von Detailantworten bzw. sehr spezielle Einzelfalldarstellungen entstehen können.

Auf der Website des BMSGPK wurden diverse Themenbereiche definiert (z. B. Alltag, Tourismus, Wirtschaft, Gastronomie) und die Fragen-Antwort-Paare entsprechend zugeordnet. Bei einzelnen Bereichen (z. B. Sport) wurde auf die dafür zuständige Behörde verwiesen.

Maßgeblich für die Aktualität einer Website ist auf der einen Seite ein funktionierender interner Kommunikations- und Informationsfluss, auf der anderen Seite eine ausreichende personelle Ausstattung.

Um in Krisenzeiten gerüstet zu sein und schnell agieren zu können, empfiehlt sich die Vorbereitung einer „Offline-Site“, also einer noch nicht veröffentlichten Website, oder eines noch nicht veröffentlichten eigenen Unterbereichs auf der bestehenden Website, die bzw. der grundlegende Informationen für den vorliegenden Krisenfall schon bereithält und jederzeit aktiviert, d. h. online gestellt werden kann.

## 6.8.3 Regelmäßige Pressekonferenzen

Regelmäßige und aktive Pressearbeit ist in der Krise einmal mehr wichtig, um Panik vorzubeugen und sich die Kommunikationshoheit zu sichern. Die Frequenz der Pressekonferenzen hat sich seit Ausbruch der Pandemie deutlich erhöht. Anlass dafür sind und waren die Vermittlung von unter anderem

- notwendigen Verhaltens- und Hygieneregeln,
- Lockdown- und Lockerungsmaßnahmen,

- Besuchsregeln für Alten- und Pflegeheime,
- der Berichterstattung zur aktuellen Lage der Gesundheitseinrichtungen und zu intensivmedizinischen Ressourcen,
- der Test- und Impfstrategie.

Auch die Corona-App und die Corona-Ampel wurden im Rahmen von Pressekonferenzen vorgestellt. Nach den Sommermonaten bis etwa Mitte November wurde die Pressekonferenz zur Corona-Ampel zu einem wöchentlich fixen Termin, der über die aktuelle Situation Aufschluss gab. In manchen Wochen wurden bis zu drei Pressekonferenzen abgehalten.

#### **6.8.4 Die Sprechstunde**

Die Sprechstunde wurde zu Beginn der Amtszeit von Bundesminister Rudolf Anschober eingeführt. Sie wurde online via Facebook abgehalten, und Bürgerinnen und Bürger hatten die Möglichkeit, ihre Fragen direkt an den Minister zu richten. In manchen Wochen wurden bis zu drei Sprechstunden zu unterschiedlichsten Themen abgehalten. Manchmal waren auch Gäste beim Minister eingeladen (z. B. Influencerinnen und Influencer, Kinder, Medizinerinnen und Mediziner). Die Sprechstunde stellte eine wichtige Säule im Rahmen einer umfassenden Kommunikationsstrategie dar. Bis Ende Juli wurde diese Möglichkeit genutzt und durch das Kabinett und die Abteilung Kommunikation und Service (AKS) des BMSGPK vorbereitet.

#### **6.8.5 Die Corona-Ampel**

Im Lauf des Sommers 2020 wurde als Information für die Bevölkerung die sogenannte Corona-Ampel (siehe Punkt 3.6) implementiert und dafür eine eigene Website (<https://corona-ampel.gv.at>) eingerichtet. Die Ampel besteht aus vier Farben (Grün = geringes Risiko, Gelb = mittleres Risiko, Orange = hohes Risiko, Rot = sehr hohes Risiko), die – verbunden mit einer auf Regionalebene entsprechend eingefärbten Österreichkarte – die aktuelle Corona-Situation zeigt.

Die Karte dient der Risikoeinschätzung und wird jeweils nach den Sitzungen der sogenannten Corona-Kommission einmal pro Woche (donnerstags) aktualisiert. Die Risikoeinschätzung bezieht sowohl das Verbreitungsrisiko (= Gefährdung der öffentlichen Gesundheit durch die Verbreitung von COVID-19) als auch das Systemrisiko (= Gefahr der Überlastung des Gesundheitsversorgungssystems mit COVID-19- Patientinnen und

-Patienten) mit ein. Die Corona-Ampel zeigt somit, in welchen Regionen persönliche Vorsichtsmaßnahmen aktuell besonders wichtig sind. Derart kann man mit gezielten Maßnahmen auf die pandemische Situation reagieren.

## 6.9 Aus der Krise lernen

Nach einer überstandenen Krise sollte nicht zu viel Zeit verstreichen, um die Ereignisse der letzten Tage/Wochen/Monate kritisch zu reflektieren. Das gilt für die strategischen Entscheidungen ebenso wie für die operative Umsetzung.

Die COVID-19-Pandemie hat die österreichische Regierung in den letzten Monaten gefordert wie keine andere Krise der Zweiten Republik. Das Gesundheitsministerium (BMSGPK) musste beinahe von heute auf morgen in den Krisenmodus schalten. Die laufende Auf- und Nachbearbeitung der Corona-Krise wird dauern, aber schon jetzt ist klar, dass Krisenpläne angepasst und modifiziert werden müssen. Im Bereich Kommunikation wurde augenscheinlich, wie wichtig es ist, dass Behörden umfassende Leitlinien für die sozialen Medien erhalten. Es bedarf hier eigener Vorgaben und Handlungsanleitungen für Behörden jenseits der klassischen Nutzungs- und Anwendungsformen.

In der Regel werden in der Benutzung der sozialen Medien attraktive Bilder und stark verkürzte Darstellungen empfohlen; die Kommunikation von Behörden muss vor allem rechtliche Rahmenbedingungen berücksichtigen. Erfahrungen während der COVID-19-Pandemie haben deutlich gezeigt, dass die Bevölkerung sich in erster Linie sachdienliche und aufklärende Informationen erwartet.

Ein Ende der Pandemie ist noch nicht abzusehen. Das fordert nicht nur die Bevölkerung, sondern auch die vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BMSGPK über alle Maßen und unterstreicht am Ende die Rolle, die auch die koordinierende Kommunikation in der Bewältigung von Gesundheitskrisen haben muss.

## 6.10 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Leitfaden Krisenkommunikation [94]	BMI	<a href="https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/bevoelkerungsschutz/leitfaden-krisenkommunikation.pdf?__blob=publicationFile&amp;v=4">https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/bevoelkerungsschutz/leitfaden-krisenkommunikation.pdf?__blob=publicationFile&amp;v=4</a>
Influenza-Pandemieplan Schweiz, 2018 [4]	BAG	<a href="https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/broschueren/publikationen-uebertragbare-krankheiten/pandemieplan-2018.html">https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/broschueren/publikationen-uebertragbare-krankheiten/pandemieplan-2018.html</a> ,
Covid-19-Bewältigung: Strategische Grundlagen von Bund und Kantonen, 2020 [98]	BAG	<a href="https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html#1887648385">https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html#1887648385</a>
Nationaler Pandemieplan Teil I – Strukturen und Maßnahmen, 2017 [99]	RKI	<a href="https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/187/28Zz7BQWW2582iZMQ.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/187/28Zz7BQWW2582iZMQ.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>
Nationaler Pandemieplan Teil II – Wissenschaftliche Grundlagen, 2016 [100]	RKI	<a href="https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan Teil II_gesamt.pdf?__blob=publicationFile">https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan Teil II_gesamt.pdf?__blob=publicationFile</a>
WHO outbreak communication guidelines [101]	WHO	<a href="http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_28/en/">http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_28/en/</a> ,
Sechstes Zukunftsforum zum Thema Krisenkommunikation, 2004 [93]	WHO	<a href="https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/90537/e85056g.pdf">https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/90537/e85056g.pdf</a>

# 7 Diagnostik

Stand: 15. 2. 2021

## 7.1 Zusammenfassung und Ausblick

Für die Gesundheitsbehörden ist die Kenntnis der Anzahl von SARS-CoV-2-Infektionen die Grundlage für eine Implementierung geeigneter Präventions- und Kontrollmaßnahmen im Rahmen der Eindämmung der Pandemie. Die Diagnostik spielt daher eine zentrale Rolle: einerseits für die einzelnen betroffenen Personen, um ihnen eine adäquate Therapie zukommen zu lassen, andererseits auch als wichtiges gesundheitspolitisches Instrument in der Überwachung des Pandemieverlaufs in der Bevölkerung.

Für eine Diagnostik wird Untersuchungsmaterial (z. B. per Nasopharyngealabstrich) entnommen und einem Erregernachweis zugeführt. Goldstandard dabei ist der direkte Virusnachweis mittels PCR.

## 7.2 Allgemeines

Das Ziel der Diagnostik ist zum einen, den einzelnen betroffenen Personen eine adäquate Therapie zukommen zu lassen, zum anderen ist die Diagnostik ein wichtiges Werkzeug, um Clusterbildungen zeitnah zu detektieren und damit Infektionsketten frühzeitig durch entsprechende Maßnahmen zu unterbrechen. Eine schnelle und präzise Erfassung der Zahl und der Verteilung der infizierten Personen trägt so zu einem aktuelleren und besseren Lagebild bei. [102]

Entsprechend der Österreichischen Teststrategie [103] zu testende Personen sind

- symptomatische Personen, d. h. solche mit jeglichen akuten respiratorischen bzw. COVID-19-Symptomen (siehe Kapitel 2) inklusive jedes ärztlich begründeten Verdachtsfalls,
- Kontaktpersonen [59] – alle engen Kontaktpersonen bestätigter COVID-19-Fälle, das umfasst zum Beispiel Mitglieder desselben Haushalts (siehe Punkt 8.12.1) –,

- Personen ohne Symptome bzw. ohne Infektionsverdacht, die im Rahmen der freiwilligen Screeningprogramme laut Epidemiegesetz getestet werden,
- Personen im Rahmen berufsbedingter Screeningsprogramme (Gesundheitspersonal, Schlüsselpersonal etc.) und
- Personen, die im Rahmen einer Eingangsuntersuchung (z. B. vor der Aufnahme in ein Krankenhaus) einer Testung, den sogenannten Entry-Check-Point-Untersuchungen, unterzogen werden müssen.

## 7.3 Diagnostikverfahren

### 7.3.1 Diagnostische Methode für den direkten Virusnachweis

Für den direkten Virusnachweis geeignete Probenmaterialien sind durch Nasen-Rachen-Abstrich (evtl. auch Gurgellösung) und bronchoalveoläre Lavage gewonnene Sekrete oder Biopsie- und Sektionsmaterial in nativer physiologischer Kochsalzlösung.

Die Gewinnung der Proben sollte möglichst innerhalb 72 Stunden nach Auftreten der Symptome erfolgen.

### 7.3.2 Verwendbare Methoden für den direkten Virusnachweis

- Nukleinsäurenachweis mittels Real Time PCR (polymerase chain reaction) direkt aus dem Probenmaterial:

Die PCR ist eine direkte Virusnachweismethode, bei der das Virusgenom durch Amplifikation nachgewiesen wird. Dieser Genomnachweis mittels Real Time PCR gilt international als Goldstandard und ermöglicht einen schnellen, adaptierbaren, hochspezifischen und hochsensitiven Direktnachweis von SARS-CoV-2-Viren. Zur Abklärung einer symptomatischen Patientin bzw. eines symptomatischen Patienten sind die Ergebnisse der Real Time PCR voll aussagekräftig.

Wird eine Real-Time-PCR-Untersuchung bei asymptomatischen Personen eingesetzt (z. B. Screening, Kontaktabklärung o. Ä.) muss beachtet werden, dass es sich hierbei um eine Momentaufnahme handelt und ein negatives Ergebnis bedeutet, dass zum Zeitpunkt der Probennahme kein Virus nachgewiesen wurde. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass die getestete Person zu einem späteren Zeitpunkt evtl. doch noch mit einer SARS-CoV-2-Ausscheidung beginnt (die Inkubationszeit der SARS-CoV-2-Infektion liegt zwischen zwei und 14 Tagen [Median 5–6 Tage]) [104]. Wie bei allen

Labormethoden wird auch bei der PCR die Aussagekraft der Ergebnisse von der Präanalytik beeinflusst (korrekte Abstrichtechnik, korrekter Abnahmezeitpunkt, korrekter Probentransport etc.).

Die Resultate der PCR werden häufig nicht nur qualitativ ausgegeben (d. h. Ergebnis „positiv“ oder „negativ“), sondern in vielen Fällen auch semiquantitativ durch den sogenannten CT-Wert (cycle threshold value). Dieser dient als indirektes Maß für die Viruslast, hohe CT-Werte bedeuten niedrige Viruslasten, während niedrige CT-Werte für hohe Viruslasten stehen.

- Antigennachweis direkt aus dem Probenmaterial [103]:

Im Unterschied zu PCR-Tests wird bei Antigen tests nicht das Erbgut des Virus nachgewiesen, sondern dessen Protein bzw. Proteinhülle (i. e. Antigen). Schnelltests liefern zwar ein zeitnahes Ergebnis und können vor Ort zur schnellen Unterstützung der Entscheidung über Therapie und weiteres Prozedere eingesetzt werden, bei der Ergebnisinterpretation muss jedoch deren niedrigere Sensitivität und Spezifität berücksichtigt werden [105].

Da die Sensitivität der aktuell verfügbaren Antigen tests nach bisherigen Erfahrungen von den Herstellerangaben abweicht, müssen insbesondere negative Ergebnisse bei symptomatischen Patientinnen und Patienten unter Einbeziehung von Klinik und Anamnese mit Vorbehalt beurteilt werden. Gegebenenfalls sollte hier bei klinischem Verdacht eine PCR-Testung nachgestellt werden. Ebenso wie beim Virusnachweis mittels PCR werden auch beim Antigennachweis die Ergebnisse von der Präanalytik beeinflusst (korrekte Abstrichtechnik etc.).

- weitere Testverfahren in Entwicklung:

Neu entwickelte direkte Virusnachweismethoden (z. B. RT-LAMP o. Ä.) müssen vor einem Einsatz in der Routinediagnostik einer ausreichenden wissenschaftlichen Austestung unterzogen werden, um ihre Sensitivität und Spezifität zu evaluieren. IVD-CE-zertifizierte Nachweismethoden (siehe [Glossar](#)) können zur Diagnostik eingesetzt werden.

### **7.3.3 Diagnostische Methode für den indirekten Virusnachweis virusspezifischer Antikörper im Serum oder Vollblut**

- Antikörpernachweis mittels ELISA/CLIA
- Neutralisationstest

Die indirekte Diagnostik kann nur mithilfe eines Serumpaars im Abstand von zehn bis 14 Tagen erfolgen, weshalb diese Methode nicht für die zeitnahe Bestätigung einer akuten SARS-CoV-2-Infektion geeignet ist.

## 7.4 Probennahme und Probentransport

Der Probentransport hat gemäß dem Gefahrgutbeförderungsgesetz (GGBG) zu erfolgen.

Alle Proben sollten das Labor schnellstmöglich nach Entnahme erreichen. Klinische Proben von Verdachtsfällen zum Nachweis von SARS-CoV-2 sind als „Biologischer Stoff, Kategorie B“ der UN-Nr. 3373 zuzuordnen und müssen bei Verpackung und Versand als solcher gekennzeichnet werden.

## 7.5 Testangebot

Die praktische Umsetzung ist von der erwarteten Anzahl der Proben, den personellen Ressourcen für die Abstrichnahme und den verfügbaren Tests und Laborkapazitäten abhängig. Die beste Akzeptanz erzielen möglichst niederschwellige wohnortnahe Angebote.

## 7.6 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Österreichische Teststrategie SARS-CoV-2 [103]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html</a>
Antigentests im Rahmen der Österreichischen Teststrategie SARS-CoV-2 [106]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html</a>
WHO: Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays [105]	WHO	<a href="https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays">https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays</a>
COVID-19 testing strategies and objectives [102]	ECDC	<a href="https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TestingStrategy_Objective-Sept-2020.pdf">https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TestingStrategy_Objective-Sept-2020.pdf</a>



Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Österreichische Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und Klinische Chemie – Labordiagnostik bei Coronavirus SARS-CoV-2 [107]	OEGLMKC	<a href="https://www.oeglmkc.at/corona.html">https://www.oeglmkc.at/corona.html</a>

# 8 Surveillance und Meldewesen

Stand: 1. 2. 2021

## 8.1 Zusammenfassung

Der Labornachweis von SARS-CoV-2 ist meldepflichtig, ebenso SARS-CoV-2-Verdachtsfälle und -Todesfälle. Die fallbasierten Daten werden im Epidemiologischen Meldesystem (EMS) zentral gespeichert, das als Datenquelle für epidemiologische Analysen und Interpretationen, z. B. für die täglichen Lageberichte, herangezogen wird. Eine zeitgerechte Identifizierung möglicher Verdachtspersonen und deren enger Kontakte sowie eine rasche und verlässliche Laborbestätigung sind essenziell, um – im Sinne der Strategie „Test, Trace and Isolate“ – die Überwachung und das Meldewesen zu gewährleisten. Die gewonnenen Daten bilden epidemiologische Kriterien. Diese dienen sowohl als Entscheidungsgrundlage für zukünftige Maßnahmen als auch dazu die Wirkung eingeführter Maßnahmen zu evaluieren (siehe auch Punkt 3.6).

## 8.2 Einleitung

Surveillance besteht aus der systematischen und kontinuierlichen Sammlung, Analyse und Interpretation von Gesundheitsdaten und der zeitnahen und kohärenten Verteilung der interpretierten Resultate an Behörden sowie Entscheidungsträgerinnen und -träger, damit die notwendigen Aktionen rasch und verhältnismäßig eingeführt werden können.

## 8.3 COVID-19-Verdachts-, -Erkrankungs- und -Todesfälle

Seit 26. Jänner 2020 sind COVID-19-bezogene Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle laut § 1 Abs. 2 des Epidemiegesetzes (EpiG) [82] meldepflichtig (siehe Kapitel 4.4). Dies erlaubt die zeitnahe Einschätzung der Infektionsdynamiken sowie eine frühzeitige Erkennung von Ausbruchsgeschehen und – damit einhergehend – die rasche Bekämpfung der weiteren Virusverbreitung durch wirksame Präventions- und Eindämmungsmaßnahmen als Teil eines effektiven Krisenmanagements.

Die Falldefinition [108] von COVID-19-Verdachts-, -Erkrankungs- und -Todesfällen unterliegt möglichen Änderungen, und daher muss jeweils die aktuelle Version des Fachdokuments herangezogen werden.

## 8.4 Das Epidemiologische Meldesystem EMS

Das elektronische Epidemiologische Meldesystem wurde als Überwachungssystem für alle meldepflichtigen Krankheiten in Österreich im Januar 2009 eingeführt. Es wurde vom Gesundheitsresort entwickelt, welches auch das System wartet und aktualisiert. Das jeweilige Gesundheitsamt oder die jeweilige Landessanitätsdirektion verwendet das System, u. a. um COVID-19-Falldaten wie klinische und epidemiologische Daten einzutragen, Labordaten werden üblicherweise von den Laboren entweder über Schnittstellen ins EMS geladen oder manuell eingetragen.

Die fallbasierten Informationen im EMS beinhalten folgende Daten: Falldemografie (z. B. Alter, Geschlecht, Wohnort, gegenwärtiger Aufenthaltsort, Nationalität), Labordaten (z. B. Labormeldedatum, Labordiagnosedatum), klinische Daten (Erkrankungsdatum, klinische Manifestation, Erkrankungsausgang, Hospitalisation), Reisetätigkeit und epidemiologische Daten (wahrscheinlicher Quellenfall, Folgefälle, wahrscheinliches Setting von Infektionserwerb und -verbreitung).

Im EMS ist die Datensicherheit gewährleistet: Nur hierfür berechnete Stellen können dort die jeweils für ihren Verantwortungsbereich übermittelten Daten einsehen (LSDs, BVBs); jede Datensichtung wird dokumentiert.

Die EMS-Daten werden kontinuierlich erhoben und ins EMS eingepflegt. Das Dashboard der AGES [65] ist direkt mit dem EMS verbunden und kontinuierlich abrufbar. Täglich morgens werden die EMS-Daten auf Vollständigkeit geprüft, und Doppelmeldungen werden ausgeschlossen. Diese bereinigten Daten sind die Grundlage der täglichen (inklusive der Wochenend- und Feiertage) Lageberichte, die an die wichtigsten Stakeholder wie z. B. die Coronavirus-Taskforce, die Landessanitätsdirektionen etc. gesandt werden und für Entscheidungen über notwendige Maßnahmen (mit) herangezogen werden.

Die bereinigten, nichtpersonengebundenen Daten (alle gemeldeten Fälle seit Beginn der Epidemie) werden einmal wöchentlich an das Überwachungssystem der meldepflichtigen

Erkrankungen (TESSy) des Europäischen Zentrums für die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten (ECDC) weitergeleitet, ebenso einmal wöchentlich die Anzahl der durchgeführten Tests und das Update der gemeldeten Neuerkrankungen der letzten Woche. Somit trägt Österreich dazu bei, ein vollständiges Bild der epidemischen Entwicklungen innerhalb der EU zu erhalten.

## **8.5 Identifikation und Meldung von Verdachtsfällen**

Verdachtsfälle müssen von Ärztinnen und Ärzten und bestimmten Personengruppen sowie Einrichtungen nach Anwendung der aktuellen Falldefinition innerhalb 24 Stunden der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde gemeldet werden.

Für die Bevölkerung hinwiederum wurde als COVID-19-Hotline die Rufnummer der telefonischen Gesundheitsberatung, 1450, umfunktioniert, für deren Wartung die Bundesländer verantwortlich sind und welche als Erstanlaufstelle für alle Personen mit COVID-19-artiger Symptomatik konzipiert wurde. Geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hotline entscheiden anhand von Algorithmen, die national koordiniert sind, ob es sich um einen Verdachtsfall handelt.

Die Meldung eines Verdachtsfalls an die Gesundheitsbehörde erfolgt entweder innerhalb der Behörde selbst anlässlich ihrer Erhebungen, durch die Hotline 1450, das Rote Kreuz (z. B. Kooperation mit 1450 und Unterstützung bei Testung in Kärnten und der Steiermark) oder Ärztinnen und Ärzte. Es werden Kontaktinformation des Verdachtsfalls (Handynummer), Symptome, mögliche Expositionsorte und demografische Informationen (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse) sowie Informationen über Kontaktpersonen aufgenommen. Die demografischen Daten werden mit dem zentralen Melderegister (ZMR) abgeglichen. Falls ein Fall im ZMR nicht gefunden wird, kann eine Ersatzmeldung angelegt werden (z. B. betreffend nichtösterreichische Staatsbürgerinnen und -bürger). Dies gilt ebenso für Erkrankungs- und Todesfälle.

Verdachtsfälle müssen sich bis zur mündlichen oder schriftlichen Aufhebung der Absonderung (z. B. nach Vorliegen eines negativen Testergebnisses) in Selbstisolation begeben.

Die Ärztin oder der Arzt können einen Abstrich entweder selbst durchführen oder dessen Durchführung in einer vorhergesehenen Screeningstraße oder von einem mobilen Team

veranlassen. Auch die Hotline 1450 veranlasst die Testung von Verdachtspersonen, und zwar mittels eines RT-PCR-Tests in den jeweils dafür vorhergesehenen Testzentren oder durch mobile Teams bzw. mobiles Home-Sampling. Die Logistik dafür wird von den Bundesländern organisiert.

Verdachtsfälle (auf welche die derzeit gültige Falldefinition zutrifft), die von 1450 gemeldet werden, können mittels des Contact-Tracing-Tools direkt ins EMS eingegeben werden und werden anschließend von der BVB kontrolliert. Bundesländer verwenden auch eigens dafür entwickelte regionale Systeme und melden Verdachtsfälle wie gesetzlich vorgeschrieben innerhalb 24 Stunden in das EMS ein, sofern nicht davor ein negatives Testergebnis vorliegt.

## **8.6 Meldung bestätigter Fälle (Erkrankungsfälle)**

Bei einem positiven PCR-Ergebnis (Nachweis der RNA) führen die meisten Labore, die über eine Schnittstelle mit dem EMS verbunden sind, automatisch einen Eintrag ins EMS durch, sonst werden die Daten manuell eingetragen. Auch negative PCR-Befunde unterliegen der Labormeldepflicht.

## **8.7 Meldung hospitalisierter Fälle**

Hospitalisierungen werden von den Bundesländern als separate Information (inklusive der aktuell hospitalisierten Patientinnen/Patienten, jener in Intensivstationen und der Anzahl der verfügbaren Betten auf Normal- und Intensivstationen) dem Bundesministerium für Inneres gemeldet.

## **8.8 Meldung von Todesfällen**

Todesfälle sind von der beigezogenen Ärztin bzw. dem beigezogenen Arzt oder dem Krankenhaus der Bezirksverwaltungsbehörde zu melden, welche diese Meldung ins EMS eingibt. Falls eine vorhanden gewesene COVID-19-Erkrankung erst bei oder nach der Feststellung des Todes laborbestätigt wird, ist die Erkrankungsmeldung trotzdem nachträglich unabhängig von der Todesfallmeldung zu erstatten. Für Surveillance-Absichten werden laborbestätigte Fälle von COVID-19 mit Ausgang Tod gezählt, wobei

zwischen Status „Erkrankung“ und Status „Tod“ der Status „Genesen/Geheilt“ NICHT vorgelegen hat. Diese Zählung berücksichtigt nicht die Kausalität von COVID-19 als Todesursache, da speziell bei multimorbiden Patientinnen und Patienten die primäre Todesursache nicht immer eindeutig zuordenbar ist. Dies dient vor allem der Vergleichbarkeit der Daten. Als hospitalisierte Todesfälle gelten alle Personen, bei denen SARS-CoV-2 laborbestätigt wurde und die vor der Entlassung oder vor der amtlich gemeldeten Genesung versterben. Auch hier spielt die Kausalität keine Rolle.

## 8.9 Definition Genesener

Genesene wurden ursprünglich als alle bestätigten Fälle mit Labordiagnosedatum > 10 Tage minus der Anzahl der Verstorbenen und der Hospitalisierten definiert. Seit 27. Dezember 2020 kommt im Sinne eines optimierten Zeitmanagements ein neuer Algorithmus zur Anwendung. Dadurch werden alle nichthospitalisierten Personen ohne manuell eingetragenes „Genesen“-Datum, die nicht verstorben sind, 21 Tage nach dem ersten positiven Test in der Datenbank automatisch auf „genesen“ gesetzt, ohne jedoch manuell gesetzte Datensätze zu überschreiben. Es wird darauf hingewiesen, dass in diesem Zusammenhang der Terminus der sogenannten Genesenen nicht bedeutet, dass hier eine Erkrankung tatsächlich vorgelegen sein muss, indem auch asymptomatische Fälle mitgezählt werden.

## 8.10 Contact-Tracing

Rasches Contact-Tracing (CT) und die Isolation jener Personen, die mit dem Verdachts- bzw. Krankheitsfall rezent in engem physischem Kontakt standen, gehören zu den wichtigsten und effektivsten Maßnahmen, um die Transmission von Mensch zu Mensch übertragbarer Krankheiten wie COVID-19 zu verringern, unabhängig von der Phase der Pandemie [109]. Dies dient einerseits der Quellensuche (rückblickend: Source-Tracing), andererseits aber auch dazu, weitere Fälle möglich rasch zu identifizieren (vorausblickend: Sekundärfälle).

### **8.10.1 Identifikation von Kontaktpersonen**

Kontaktpersonen eines bestätigten Falls müssen ehestmöglich identifiziert und im Falle eines engen physischen Kontakts [59] (siehe Definition von Kontaktpersonen Punkt 8.12.1) abgesondert werden.

Die Kontaktdaten der Kontaktpersonen sind zu erheben, und Letztere sind zu kategorisieren [59]. Dies wird entweder in den regionalen Systemen vorgenommen oder im eigens dafür entwickelten nationalen Contact-Tracing-Tool (CTT) eingetragen und gespeichert. Im CTT werden alle Verdachtsfälle aufgelistet und sind durch Gemeindegennzahlen für die jeweils zuständige BVB filterbar. Weiters ist dort ersichtlich, ob Kontaktpersonen noch ermittelt werden müssen oder ob dieser Fall schon bearbeitet wurde. Bei Letzterem kann die BVB den Fall abschließen, und die Daten werden ins EMS gespeist. Alle Daten müssen von der BVB auf Plausibilität und Vollständigkeit geprüft werden, und die Kategorisierung der Kontakte in K1 und K2 muss zeitnah durchgeführt werden.

Bei Mangel an personellen Ressourcen für CT in den BVBs können diese die Daten der Verdachtsfälle der Contact-Tracing-Taskforce übergeben, um eine möglichst rasche Abklärung der Kontakte zu gewährleisten. Regional kann das CT durch geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Contact-Tracer) unterstützt werden.

Versorgungskritisches Gesundheits- und Schlüsselpersonal kann unter bestimmten Voraussetzungen und Auflagen während der Absonderung als Kategorie-1-Kontaktperson weiterarbeiten. Notwendige Kontakte davon Betroffener zu Personen bzw. Personengruppen, ihre Wege am sowie zum und vom Arbeitsplatz weg wie auch die Rahmenbedingungen an ihrem Arbeitsplatz erfordern gegebenenfalls zusätzliche Vorgaben in puncto Schutzmaßnahmen abhängig von der individuellen Situation. Das Risiko für mögliche Infektionswege ist in ihrem Fall jedenfalls bestmöglich zu minimieren, um eine etwaige Weitergabe des Virus durch sie tunlichst zu verhindern. Home-Office ist für sie, falls dies möglich ist, stets vorzuziehen.

## **8.11 Cluster-Tracing**

Cluster-Tracing (CLT) ist sowohl auf regionaler als auch nationaler Ebene durchzuführen. Eines der Ziele der Clusteranalyse ist es, besser zu verstehen, wo die vermutete Ansteckung stattgefunden hat, um effektive Präventionsmaßnahmen zu implementieren

und so die Verbreitung von SARS-CoV-2 einzudämmen. Es gibt verschiedene Orte, an denen eine Ansteckung vermutlich erfolgt ist: in der Arbeit, Hotellerie und Gastronomie, im Gesundheits- und Sozialbereich, in der Freizeit, im Haushalt, beim Sport, im Zuge einer Reise, im Bildungs- und Kultursektor sowie im Transportwesen.

Basierend auf den epidemiologischen Daten (wahrscheinlicher Quellenfall, Folgefälle, wahrscheinlicher Ort der Infektion und der Verbreitung), werden die Fälle in Cluster zusammengeführt und diese in Zusammenschau des Erkrankungsbeginns, des seriellen Intervalls und der Inkubationszeit in Transmissionsketten aufgelöst.

Auf nationaler Ebene ist die AGES-Abteilung für Infektionsepidemiologie und Surveillance mit der Zusammenführung von Clustern beschäftigt, die unter Rücksprache mit den jeweiligen BVBs weitere Zusammenhänge identifiziert und diese auch dokumentiert.

## **8.12 Analyse und Interpretation der Surveillancedaten**

Auswertungen von Daten, Clusteranalysen sowie die Anzahl der Fälle mit abgeklärter Quelle werden von der AGES hauptsächlich mit Daten, die dem EMS entnommen werden, erstellt. Täglich morgens werden in der AGES die aktuellen Daten vom EMS heruntergeladen, auf Vollständigkeit geprüft, validiert (z. B. durch Ausschluss von Doppelmeldungen), und die analysierten und interpretierten Daten werden den Behörden und Entscheidungsträgerinnen und -trägern mittels Lageberichten zur Verfügung gestellt. Diese Berichte enthalten eine Vielzahl von Indikatoren wie z. B. die Anzahl der gemeldeten, der hospitalisierten und der verstorbenen Fälle, eine Schätzung der effektiven Reproduktionszahl, Art und Anzahl der Cluster, die Steigerungsraten etc., und zwar sowohl auf nationaler als auch auf Ebene der Bundesländer. Diese detaillierte Analyse beschreibt die Veränderung jeweils zum Vortag, aber auch den gesamten Verlauf des Infektionsgeschehens der Pandemie, und ein besonderer Fokus liegt auf den letzten sechs Kalenderwochen.

Insbesondere die Clusteranalyse ist von großer Bedeutung, damit der Ort der vermuteten Ansteckung identifiziert werden kann.

Die Pandemie wird in den Lageberichten in vier Phasen eingeteilt: Phase I: naive Phase bis 15. März 2020, Phase II: Lockdown (16. März bis 11. April 2020), Phase III: zunehmende Lockerungen ab 12. April bis 31. August 2020, Phase IV: Wiederanstieg der täglichen



Fallzahlen ab dem 1. September 2020. Die Analyse und Interpretation der Daten wird sowohl für Gesamtösterreich als auch für jedes Bundesland separat durchgeführt.

### **8.12.1 Definition von Kontaktpersonen**

#### Kategorie-1-Kontaktpersonen

Prinzipiell handelt es sich dabei um Personen, die kumulativ für 15 Minuten oder länger in einer Entfernung  $\leq 2$  Meter Kontakt von Angesicht zu Angesicht mit einem bestätigten Fall hatten (insbes. Haushaltskontakte). Genaue und aktuelle Definitionen für Kontaktpersonen sind im Dokument „Behördliche Vorgangsweise bei SARS-CoV-2 Kontaktpersonen“ [59] abrufbar.

Auch wenn eine Vorkategorisierung in K1 und K2 durch Contact-Tracer, durch den Verdachtsfall oder z. B. ein Unternehmen mittels einer Liste durchgeführt werden kann, muss aufgrund der Konsequenz einer möglichen Quarantäne die endgültige Kategorisierung zwingend von der BVB durchgeführt werden, außer Tracer werden gemäß § 27a Epidemiegesetz vom Bundesminister oder der Landeshauptfrau / dem Landeshauptmann bestellt. Dann ist ihr Handeln der Bezirksverwaltungsbehörde zuzurechnen, und sie können selbst unmittelbar für die Behörde hoheitsrechtliche Akte setzen, also COVID-19-(Verdachts-)Fälle telefonisch absondern. Gegebenenfalls kann seitens der BVB auch die CTF der AGES um Unterstützung bei der Kontaktpersonenerhebung (und auch für Kontaktpersonennachverfolgung) ersucht werden.

K1-Kontaktpersonen sind mittels Bescheids zehn Tage lang, gerechnet ab dem letzten kontagiösen Kontakt, abzusondern. Auch bei einem negativen Testergebnis der K1-Kontaktperson ist für sie die Quarantänedauer einzuhalten. Bei Auftreten von COVID-19-relevanten Symptomen wie z. B. Husten, Fieber oder Atembeschwerden ist die 1450-Hotline zu kontaktieren, damit eine Testung veranlasst wird. Bei Erkrankten ist der Beginn der zehntägigen Absonderung mit Symptombeginn festzulegen; falls dieser nicht bekannt ist, erstreckt sich die Quarantänedauer vom Tag nach dem erfolgten Abstrich an bis zehn Tage danach. [103]

Als geheilt werden bestätigte Fälle klassifiziert [110], die aus der Absonderung entlassen werden können: frühestens zehn Tage nach Symptombeginn und mit mindestens 48 Stunden Symptomfreiheit; bei schwerem klinischem Verlauf ist auch ein negatives PCR-

Test-Ergebnis oder ein positives PCR-Test-Ergebnis mit einem CT-Wert > 30 notwendig (siehe Punkt 7.3.2).

Angesichts des geringen Risikos einer Übertragung durch Kinder unter zehn Jahren kann der Klassen- oder Gruppenverband bzw. können die Betreuungspersonen in Bildungseinrichtungen bis zum Ende der vierten Schulstufe lediglich als Kategorie-II-Kontakt eingestuft werden. Werden  $\geq 2$  Kinder in einem Abstand von weniger als zehn Tagen in derselben Klasse/Gruppe positiv getestet oder ist eine Lehr-/Betreuungsperson positiv getestet, entscheidet die zuständige Gesundheitsbehörde über die Absonderung von Teilgruppen oder des gesamten Klassen- oder Gruppenverbands im Sinne von Kontaktpersonen der Kategorie I. Entwickelt ein Kind im betroffenen Klassen- oder Gruppenverband bzw. eine Betreuungsperson innerhalb von zehn Tagen nach Letztkontakt mit dem bestätigten COVID-19-Fall entsprechende Symptome, soll die Person abgesondert und deren Testung veranlasst werden. Bei Kindern ab der fünften Schulstufe gibt es hingegen keine vom Management bei Erwachsenen abweichende Vorgangsweise [59].

#### Kategorie-2-Kontaktpersonen sind

- jene, die kumulativ für kürzer als 15 Minuten in einer Entfernung von  $\leq 2$  Metern Kontakt von Angesicht zu Angesicht zu einem bestätigten Fall hatten,
- jene, die sich im selben Raum (z. B. Klassenzimmer, Besprechungsraum, Räume einer Gesundheitseinrichtung) mit einem bestätigten Fall in einer Entfernung von  $> 2$  Metern für 15 Minuten oder länger oder in einer Entfernung von  $\leq 2$  Metern für kürzer als 15 Minuten aufgehalten haben, sowie
- Personen, die sich im selben Flugzeug oder in anderen Langstreckentransportmitteln wie Reisebus oder Zug wie ein bestätigter Fall aufgehalten haben (in derselben Reihe wie der bestätigte Fall oder in den zwei Reihen vor oder hinter diesem), unabhängig von der Reisezeit, jedoch nicht unter Kategorie I fallen

Wenn während des persönlichen Kontakts mit einem bestätigten Fall die Sicherheitsmaßnahmen wie etwa beidseitiges adäquates Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes umgesetzt wurden, gilt das als geschützter Kontakt. Die Einstufung obliegt aber immer der zuständigen BVB.

Auch K2-Kontaktpersonen, die COVID-19-relevante Symptome zeigen, sind verpflichtet, sich bei der Hotline 1450 zu melden und sich einer PCR-Testung zu unterziehen.

Nach sorgfältiger Prüfung der Verhältnismäßigkeit kann auch eine Fernhaltung (Verkehrsbeschränkung) bei Kategorie-2-Kontaktpersonen als infektionsepidemiologisch gerechtfertigt eingestuft werden. Abweichend davon ist bei einer Verkehrsbeschränkung von Kontaktpersonen der Kategorie 2 jedenfalls der Schulbesuch oder der Besuch einer elementaren Bildungseinrichtung inklusive der direkten An- und Abreise (auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln) zu ermöglichen.

Bei Kontaktpersonen der Kategorie 1 kann das Vorgehen bezüglich einer Absonderung/ Verkehrsbeschränkung in begründeten Fällen nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abschätzung nach dem Ermessen der zuständigen Gesundheitsbehörde für versorgungskritische Personengruppen wie Gesundheitspersonal, Personal für die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit, Personal von Betreibern kritischer Infrastrukturen etc.) abweichen.

Bei fehlenden oder temporär begrenzten Ressourcen kann die folgende Bewertungshierarchie als Leitfaden für die Priorisierung in der Kontaktpersonennachverfolgung verwendet werden.

Priorität-1-Personen haben Kontakt zu vielen weiteren Personen wie z. B. zu solchen mit einem höheren Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf oder zu hospitalisierten Patientinnen und Patienten oder sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kritischer Infrastrukturen (z. B. Gesundheits- und Pflegepersonal, Personal von Einsatzorganisationen etc.).

Priorität-2-Personen sind durch ein möglicherweise höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf (z. B. Personen > 65 Jahre etc.) gekennzeichnet.

Priorität-3-Personen sind symptomatische Kontaktpersonen, die nicht in die obigen Kategorien fallen.

Priorität-4-Personen sind asymptomatische Kontaktpersonen, die ebenfalls nicht in die obigen Kategorien fallen.

### **8.13 Nachverfolgung und Absonderung von Kontaktpersonen**

siehe Kapitel 11 „Öffentlicher Gesundheitsdienst“

## 8.14 Sentinel-Surveillancedaten

Seit 24. 2. 2020 wird das Netzwerk zirkulierender respiratorischer Viren auch zur Sentinel-Überwachung von SARS-CoV-2 verwendet – mit dem Ziel, die Hintergrundaktivität von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung erfassen zu können. Dieses Netzwerk dient sonst der labortechnischen Erfassung von Influenza und RSV (respiratory syncytial virus) in Österreich und wird vom Zentrum für Virologie der Medizinischen Universität Wien betrieben. Teilnehmerinnen und Teilnehmer an diesem Netzwerk sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Medizinzentren und Krankenhausabteilungen. Dort als positiv identifizierte Personen unterliegen der Meldepflicht, und die relevanten Daten fließen ins EMS ein und damit auch in die Analyse. CT wird selbstverständlich über die jeweils zuständigen Behörden, Contact-Tracer oder die CTTF durchgeführt.

## 8.15 Screening

Die gesetzliche Grundlage für Screening, die zweite Säule der Überwachung (siehe auch Punkt 4.6), in definierten Zielgruppen findet sich im § 5a des Epidemiegesetzes. Die Teilnahme an Screeningprogrammen ist freiwillig. Die Kosten von Screeningprogrammen nach § 5 a sind laut § 36 (1) aus dem Bundesschatz zu bestreiten. Screeningprogramme verfolgen einen risikobasierten Ansatz und sollten nur in klar definierten Situationen eingesetzt werden wie z. B. zur Erhöhung des Schutzniveaus von Bevölkerungsgruppen mit hohem Risiko für einen schweren Verlauf (z. B. Betreute in Alten-, Pflege- und Behindertenheimen), zur kontinuierlichen Überprüfung bei besonders exponierten Gruppen im Gesundheitswesen (z. B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Alten-, Pflege- und Behindertenheimen, der mobilen Pflege bzw. 24-Stunden-Pflege oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in bettenführenden Kranken- und Kuranstalten und sonstiger Orte, an denen Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden), zur Überprüfung gesetzter Maßnahmen zur Infektionseindämmung und für seroepidemiologische Studien.

Screenings orientieren sich an vorhandenen Testkapazitäten und dem Bedarf.

Laborbestätigte Fälle unterliegen, unabhängig von der Symptomatik, denselben Meldevorschriften wie anderweitig identifizierte Fälle (siehe oben), ebenso die Kontakterhebung.

Durch Screening mittels Antigenschnelltests identifizierte Fälle müssen mittels einer PCR-Diagnostik oder eines LAMP-Tests bestätigt werden [103].

Zielgruppenspezifische Screenings umfassen definierte Zielgruppen sowie die Feststellung der Prävalenz in der Bevölkerung oder bestimmten Zielgruppen wie z. B. Personen/ Beschäftigten in Beschäftigungs- und Lebensverhältnissen, in denen es aufgrund einer vorherrschenden räumlichen Enge (Arbeits-/Wohnplatz) zu einem erhöhten Risiko einer Virusausbreitung oder -übertragung kommen kann, Personen, die aufgrund der Arbeits-, Wohn- oder Lebenssituation einen schlechteren Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, Beratungen und Hotlines haben könnten, und Personen in Lebens- bzw. Wohnverhältnissen, in denen wenig Raum bzw. räumlicher Abstand zur Verfügung steht wie z. B. Unterkünften für Asylwerberinnen und Asylwerber sowie für wohnungs- und obdachlose Menschen.

Nichtanlassbezogene Screenings können von Betrieben und Organisationen eigenverantwortlich durchgeführt werden.

## **8.16 Bevölkerungsweite Testungen**

Im Dezember 2020 wurden freiwillige bevölkerungsweite kostenfreie Antigenmassentests mittels Abstrichs in allen Bundesländern durchgeführt, um asymptomatische Personen zu entdecken und diese frühzeitig zu isolieren. Die Abnahme erfolgte durch medizinisch geschultes Personal. Bei einem positiven Testergebnis wurde die Person behördlich abgesondert und ein Contact-Tracing durchgeführt. Ein positives Antigentestergebnis wurde mittels eines PCR-Tests bestätigt, um falsch positive Antigentestergebnisse auszuschließen. Es handelt sich dabei um Testungen nach § 5a des Epidemiegesetzes. Weitere freiwillige bevölkerungsweite kostenfreie Antigenmassentests sind vorgesehen.

## **8.17 Kommunikation von Surveillancedaten**

Das Feedback an die Entscheidungsträgerinnen und -träger bilden die täglichen Lageberichte, für die Medien und die Bevölkerung werden die analysierten Daten mittels eines Dashboards unter <https://covid19-dashboard.ages.at> [65] (national und regional) täglich zur Verfügung gestellt. Darin enthalten sind z. B. die Anzahl der neu diagnostizierten Fälle, der Hospitalisierungen inklusive Belegungen der Intensivstationen,

der Todesfälle, derzeit aktiver Fälle für Gesamtösterreich und nach Bundesland in Form sowohl von Zahlen, Diagrammen als auch Landkarten.

Weiters fließen die analysierten Daten in die Corona-Ampel ein, auf der dazugehörigen Website <https://corona-ampel.gv.at> sind die Empfehlungen und aktuell gesetzten Maßnahmen abrufbar [111].

Surveillance dient auch dazu, vulnerable Gruppen zu identifizieren wie z. B. ältere Personen mit einem höheren Risiko für Komplikationen oder Personen mit Grunderkrankungen. Um eine gut funktionierende Surveillance zu gewährleisten, ist es von höchster Bedeutung, eine hohe Datenqualität schon bei der Erstmeldung zu garantieren, da es ansonsten zu einer deutlichen Verzögerung kommt und die Effektivität der Kontrollmaßnahmen deutlich vermindert ist.

Surveillancedaten erlauben zudem, die Effektivität eingeführter Maßnahmen zu evaluieren.

Das BMSGPK kann die derzeit gültige Rechtslage der jeweiligen aktuellen Situation anpassen und erforderlichenfalls die Meldepflichten per Verordnung ändern und erweitern.

## 8.18 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Falldefinition SARS-CoV-2 [108]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Neuartiges-Coronavirus.html">https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Neuartiges-Coronavirus.html</a>
Operational considerations for influenza surveillance in the WHO European Region during COVID-19: interim guidance, October 2020 [112]	WHO und ECDC	<a href="https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Joint-influenza-interim-guidance.pdf">https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Joint-influenza-interim-guidance.pdf</a>
15. Verordnung Anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2020 [113]	BMSGPK	<a href="https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2020_II_15/BGBLA_2020_II_15.pdfsig">https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2020_II_15/BGBLA_2020_II_15.pdfsig</a>

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Behördliche Vorgangsweise bei SARS-CoV-2 Kontaktpersonen: Kontaktpersonennachverfolgung [59]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html</a>
Österreichische Teststrategie SARS-CoV-2 [103]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html</a>
SARS-CoV-2 (Neues Coronavirus-2019) – Überwachung in Österreich [114]	MUW	<a href="https://www.virologie.meduniwien.ac.at/wissenschaftsforschung/virus-epidemiologie/sars-cov-2-ueberwachung">https://www.virologie.meduniwien.ac.at/wissenschaftsforschung/virus-epidemiologie/sars-cov-2-ueberwachung</a>

# 9 Infektionshygienische Maßnahmen

Stand: 4. 3. 2021

## 9.1 Zusammenfassung

Infektionshygienische Maßnahmen umfassen alle nichtpharmakologischen Maßnahmen, die zu einer Verringerung des Transmissionsrisikos führen. Besonders wichtig sind hierbei Händehygiene (Händewaschen oder gegebenenfalls Händedesinfektion, zum Beispiel in Gesundheitseinrichtungen), Atemhygiene (Hust- und Niesetikette) und das Einhalten eines Mindestabstands zu anderen Personen sowie regelmäßiges Lüften von Räumen. Des Weiteren können Einschränkungen im Arbeits-, Wirtschafts- und Bildungsbereich, gezielte Maßnahmen zum Schutz der Risikogruppen und das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes in der Bevölkerung zur Infektionsprävention eingesetzt werden.

## 9.2 Einleitung

Um das Risiko einer Übertragung von SARS-CoV-2 zu verringern, werden infektionshygienische Maßnahmen eingesetzt. Im folgenden Kapitel werden Maßnahmen behandelt, die außerhalb eines Krankenhaussettings von Einzelpersonen oder der Öffentlichkeit umgesetzt werden können. Diese Maßnahmen müssen adäquat und verständlich kommuniziert und den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst werden.

## 9.3 Personenbezogene Maßnahmen

Durch eigenverantwortliches Handeln und konsequentes Umsetzen von Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen kann jede und jeder Einzelne einen Beitrag zur Risikominimierung leisten. Es handelt sich hierbei um grundsätzliche Maßnahmen, die während der gesamten Dauer der Pandemie durchzuführen sind. [115]



### 9.3.1 Persönliche Hygiene

- Mund, Nase oder Augen so wenig wie möglich berühren
- regelmäßiges Waschen der Hände mit Wasser und Seife oder gegebenenfalls Verwenden eines geeigneten Desinfektionsmittels
- gründliches Händewaschen dauert 20–30 Sekunden und besteht aus vier Schritten: Hände nassmachen, einseifen, abspülen und abtrocknen. Neben den Handflächen müssen auch die Handrücken, die Fingerzwischenräume, die Daumen und die Fingerkuppen gereinigt werden.[116]
- auf entsprechende Hautpflege achten, um einer Austrocknung der Haut durch häufiges Waschen entgegenzuwirken.
- in die Armbeuge oder in ein Taschentuch husten oder niesen; danach, wenn möglich, Hände waschen und ggf. Taschentuch entsorgen

### 9.3.2 Verhaltensmaßnahmen

- Einhalten eines Mindestabstandes von zwei Metern zu anderen Personen
- auf Händeschütteln, Umarmungen und Ähnliches verzichten
- Menschenansammlungen vermeiden
- bei Krankheitssymptomen zu Hause bleiben

## 9.4 Gesellschaftliche Maßnahmen

Maßnahmen, die physischen Kontakt zwischen Personen oder zwischen verschiedenen Gruppen verringern, können die epidemiologische Kurve abflachen und dazu beitragen, dass Transmissionsketten unterbrochen und Krankenhauskapazitäten geschont werden. Frühzeitige, schnelle, koordinierte und umfassende Implementierung eines Maßnahmenbündels führt hierbei zu einer effektiveren Reduktion der Virusverbreitung als eine verzögerte Implementierung einzelner Maßnahmen, wobei die wichtigsten Übertragungsmodi und Risikopopulationen besonders zu berücksichtigen sind.

Die Verhältnismäßigkeit dieser Maßnahmen muss vor ihrer Einführung sorgfältig gegen mögliche sozioökonomische Folgen (z. B. Arbeitsausfall, Bildungsausfall) hinsichtlich ihrer Effektivität abgewogen und der aktuellen Pandemielage angepasst werden. Bei allen unten angeführten Settings gilt: Geboten ist hier eine Anpassung der Maßnahmen vor Ort an das jeweilige Infektionsrisiko.[117]

### **9.4.1 Arbeit und Wirtschaft**

- Umstieg auf Home-Office/Teleworking beziehungsweise vermehrte Nutzung digitaler Kommunikationsmethoden
- Förderung flexibler Arbeitszeitmodelle, um Stoßzeiten zu vermeiden
- Reduktion von Kundenkontakt
- Adaptierung der örtlichen Gegebenheiten und Abläufe (Umsetzung geeigneter baulicher Maßnahmen zur Infektionsprävention, z. B. Plexiglastrennscheiben, Anpassung der Personenanzahl, Auswahl von Räumen geeigneter Größe, Steigerung der Lüftungsfrequenz etc.)
- Schließungen von Arbeitsstätten, Geschäften, Restaurants, Bars oder anderer nichtkritischer Services (siehe [Glossar](#))

### **9.4.2 Bildung**

- Nutzung digitaler Kommunikationsmethoden, Umstieg auf Distance-Learning
- Adaptierung der örtlichen Gegebenheiten (Reduzierung der Personenanzahl, Auswahl von Räumen geeigneter Größe, Verlagerung ins Freie, Steigerung der Lüftungsfrequenz)
- Schließung von Bildungseinrichtungen (Kindergärten, Schulen, Hochschulen, Universitäten)

### **9.4.3 Schutz von Risikogruppen**

- Besuchsbeschränkungen in Gesundheitseinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen sowie an dichtbevölkerten Orten (z. B. in Gefängnissen, Betreuungseinrichtungen)
- Anpassung der Arbeitsbedingungen (z. B. Home-Office)

### **9.4.4 Treffen und Veranstaltungen**

- Einschränkung beziehungsweise Verbot kultureller, sportlicher, religiöser, beruflicher oder sonstiger Veranstaltungen
- Adaptierung der örtlichen Gegebenheiten (Reduzierung der Personenanzahl, Auswahl von Räumen geeigneter Größe, Verlagerung ins Freie, Steigerung der Lüftungsfrequenz)

## 9.5 Einsatz von Schutzmasken

Schutzmasken können im Rahmen eines infektionspräventiven Maßnahmenbündels die Transmission respiratorischer Infektionskrankheiten wie COVID-19 verringern.

### 9.5.1 Arten von Schutzmasken [118]

- **Atemschutzmasken**, die als persönliche Schutzausrüstung (PSA) dienen, sind nach dem europäischen Standard EN 149 klassifiziert und werden als partikelfiltrierende Halbmasken der Schutzklassen FFP1, FFP2 oder FFP3 (je nach Filterkapazität) bezeichnet. Zum persönlichen Schutz vor Mikroorganismen sind zumindest partikelfiltrierende Halbmasken der Type FFP2 erforderlich. Partikelfiltrierende Halbmasken der Type FFP3 haben die beste Schutzwirkung. Atemschutzmasken sind primär als persönliche Schutzausrüstung im Sinne des Arbeitnehmerinnenschutzes konzipiert. Atemschutzmasken mit Ausatemventil schützen nur die Trägerin / den Träger vor Infektion. Atemschutzmasken ohne Ausatemventil schützen sowohl die Trägerin / den Träger als auch die Umgebung und sind im Pandemiefall bevorzugt. Auf Passform und Leckagen bei Trägerinnen und Trägern im Gesundheitsbereich muss besonders geachtet werden. So wird z. B. die Passform gemäß der zitierten Norm nur an Männern ohne besondere Auffälligkeiten der Gesichtsform und ohne Bart geprüft.
- **medizinische Gesichtsmasken (medizinischer Mund-Nasen-Schutz, OP-Masken)** unterliegen dem Medizinproduktegesetz und dienen dem Fremdschutz. Sie schützen die Umgebung vor Tröpfchen der Trägerin bzw. des Trägers. Begrenzt schützen sie auch die Trägerin bzw. den Träger selbst, dies ist jedoch nicht ihre primäre Zweckbestimmung.
- **nichtmedizinische Masken (Mund-Nasen-Schutz, MNS)** unterliegen keinen Normanforderungen oder durchlaufen keine Nachweisverfahren. Sie sind aus handelsüblichen Stoffen gefertigt und dienen vorwiegend dem Fremdschutz, da sie die Umgebung vor Tröpfchen der Trägerin bzw. des Trägers schützen. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse deuten aber auch an, dass durch Tragen eines MNS ein gewisser Eigenschutz ebenfalls erreicht wird. Dieser Eigenschutz ist aber stark vom Material des MNS abhängig.

## 9.5.2 Schutzmasken in der Öffentlichkeit

Das Tragen von Schutzmasken unterschiedlichen Typs je nach Anforderung kann gemeinsam mit der Umsetzung anderer infektionshygienischer Maßnahmen in bestimmten Settings empfohlen werden, um im Sinne einer mechanischen Barriere eine Ansteckung durch Tröpfcheninfektion zu vermeiden. [119]

Tabelle 2: Einsatzmöglichkeiten für Schutzmasken in der Öffentlichkeit – Beispiele

Setting	Population
Gebiete mit bekannter oder vermuteter weitverbreiteter Transmission und/oder Gebiete, in denen die Umsetzung anderer infektionspräventiver Maßnahmen nur limitiert möglich ist	allgemeine Bevölkerung beim Betreten von öffentlichen Orten, am Arbeitsplatz oder bei der Teilnahme an Veranstaltungen
Orte mit hoher Bevölkerungsdichte	Personen, die in Flüchtlingslagern, Gefängnissen, Heimen und dergleichen untergebracht sind
Orte, an denen die Einhaltung eines Mindestabstands nicht möglich ist	allgemeine Bevölkerung beim Betreten öffentlicher Verkehrsmittel, Arbeiterinnen und Arbeiter in bestimmten Arbeitsverhältnissen

Quelle: WHO [119]

## 9.5.3 Schutzmasken bei Kindern

Der Einsatz nichtmedizinischer Masken bei Kindern sollte nach der sorgfältigen Betrachtung möglicher Risiken (falsche Handhabung, Unbehagen, soziale Einschränkungen) erfolgen. Kinder unter sechs Jahren sollten keine Masken tragen, da sie generell noch nicht die nötige Compliance (siehe [Glossar](#)) und Feinmotorik mitbringen, um eine Schutzmaske effektiv tragen zu können und diese auch selbstständig anzulegen bzw. abzulegen. [120]

## 9.5.4 Gesichtsschilde, Plexiglasvisiere

Gesichtsschilde und Visiere werden im medizinischen Bereich zusätzlich zur OP-Maske oder einer Atemschutzmaske als Augenschutz getragen. Allein getragen können sie nur direkt auf der Scheibe auftreffende Tröpfchen abfangen. Nach derzeitigem wissenschaftlichem Kenntnisstand werden allerdings respiratorische Tröpfchen der

Trägerin bzw. des Trägers durch Visiere deutlich schlechter zurückgehalten als durch eng anliegende Schutzmasken. [121]

## 9.6 Behördliche Maßnahmen

Die frühzeitige Erkennung und Absonderung infizierter Personen sowie ihrer Kontaktpersonen ist essenziell, um eine Verbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern (Näheres dazu im Kapitel 11, „Öffentlicher Gesundheitsdienst“, und im Kapitel 8).

## 9.7 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Responding to community spread of COVID-19 [122]	WHO	<a href="https://www.who.int/publications/i/item/responding-to-community-spread-of-covid-19">https://www.who.int/publications/i/item/responding-to-community-spread-of-covid-19</a>
Infographic: Using face masks in the community [123]	ECDC	<a href="https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infographic-using-face-masks-community">https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infographic-using-face-masks-community</a>

# 10 Krankenhaushygienische Maßnahmen

Stand: 15. 2. 2021

## 10.1 Zusammenfassung

Das Gesundheitswesen wird durch die aktuelle COVID-19-Situation vor große Herausforderungen gestellt. Die bisherigen Infektionsschutzmaßnahmen werden verstärkt, und auf die Vermeidung von Übertragung von SARS-CoV2 in Gesundheitseinrichtungen wird ein besonderes Augenmerk gerichtet. Das vorliegende Kapitel beschreibt die generelle Vorgangsweise in der Krankenanstalt und beim Krankentransport. Der Inhalt ist jeweils im Kontext der eigenen Krankenanstalt und der örtlichen und strukturellen sowie betriebsorganisatorischen Gegebenheiten wie auch Möglichkeiten anzupassen.

Hygienemaßnahmen sollen die Gefahr einer Virusübertragung reduzieren und dadurch verhindern, dass bisher nichtbetroffene Personen erkranken und die Krankheit sich ausbreitet.

Generell werden die Aufgaben von Hygieneteams im § 8a (4) des KAKuG geregelt. Die Aufgaben der Krankenhaushygiene (KHH) sind im „QS Krankenhaushygiene – Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ festgelegt, der während der Corona-Pandemie in spezifische Maßnahmen umgesetzt werden muss.[124]

## 10.2 Organisation der COVID-19-Versorgung der Krankenanstalten und ihres Umfelds

Sowohl die Krankenanstaltenträgerorganisationen wie auch die Gesundheitsbehörden (BMSGPK, Landesregierungen etc.) trafen und treffen Maßnahmen für die Öffentlichkeit, Allgemeinbevölkerung sowie deren medizinische Versorgung und somit auch für die Krankenanstalten. Diese sind für die Sicherstellung der Krankenanstaltspflege für

anstaaltsbedürftige Personen durch die Länder gem. § 18 KAKuG zuständig [125]. Es herrscht der Konsens, dass nur aufnahmepflichtige SARS-CoV-2-positive Personen in Krankenanstalten versorgt werden sollen. Die Krankenanstalten/-verbände und Leitungen legen in Abhängigkeit von ihrem Versorgungsauftrag Strukturen und Versorgungsprozess für COVID-19-Patientinnen und -Patienten fest:

- Triage
- Aufnahmestation
- COVID-19-stationäre Versorgung

Das Hygieneteam („Krankenhaushygiene“) wird als Stabsstelle der Krankenanstaltenleitung bereits über diese organisatorischen Maßnahmen informiert und laufend darin eingebunden (siehe auch Punkt 12.4).

### 10.3 Dokumente für die Organisation von COVID-19 in Krankenanstalten

Die *Hospital readiness checklist for COVID-19* [126] der **WHO** wurde mit dem Ziel erstellt, Krankenhausmanagerinnen und -manager sowie Notfallplanerinnen und -planer dabei zu unterstützen, jene Maßnahmen zu definieren und einzuleiten, die erforderlich sind, um eine schnelle Reaktion auf einen COVID-19-Ausbruch zu gewährleisten. Sie ist unter folgendem Link abrufbar: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/2020/hospital-readiness-checklist-for-covid-19,-24-february-2020-produced-by-the-who-european-region>

Das **ECDC** stellt zwei relevante Dokumente – „technical reports“ – zur Verfügung: Zum einen ist das die *Checklist for hospitals preparing for the reception and care of coronavirus 2019 (COVID-19) patients* [127], die entwickelt wurde, um die Krankenhausvorbereitung für die Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten zu unterstützen. Die zu bewertenden Elemente wurden in verschiedene Bereiche unterteilt und die Prozesse dafür identifiziert.

Zum anderen ist das Dokument *Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings – sixth update* [128] abrufbar, das Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsdienstleistern Leitlinien zu Vorsorge-, Infektionspräventions- und Kontrollmaßnahmen für das Management möglicher und

bestätigter Fälle von COVID-19 im Gesundheitswesen einschließlich der Langzeitpflegeeinrichtungen an die Hand geben soll. Weiters befasst sich das Dokument mit der Verwaltung klinisch diagnostischer Proben in Laboratorien.

Beide Dokumente sind unter folgendem Link abrufbar:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/preparedness-and-response>

Die **Britische Gesellschaft für antimikrobielle Chemotherapie (BSAC – British Society for Antimicrobial Chemotherapy)** [129] listet auf ihrer Website <https://bsac.or.uk> Informationen und die neuesten Leitlinien von Gesundheitsbehörden, in wissenschaftlichen Veröffentlichungen und von anderen Fachgesellschaften auf.

Auf der **Website des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)** [130] werden Fachinformationen, Handlungsempfehlungen und allgemeine Informationsmaterialien bereitgestellt, zugänglich über folgenden Link: <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>.

## 10.4 Krankenhausspezifische Maßnahmen

Im KaKuG sind als Aufgabe der Krankenhaushygiene alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen, vorgesehen. Im engeren Sinn gehören dazu die Erstellung eines Hygieneplans wie auch eines Desinfektionsplans auf Basis der Leistungen und Betriebsorganisation der Gesundheitseinrichtung. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie wurden und werden darunter die Erstellung von Hygienerichtlinien, die Erstellung und/oder Prüfung spezifischer Hygienepläne für COVID-19-versorgende Einheiten, deren Betrieb und deren Adaptierungen im Laufe der Pandemie verstanden. Das Hygieneteam erarbeitet Schulungsunterlagen, die nur im Sinne des Prinzips „Train the Trainer“ in der Krankenanstalt durchgeführt werden. Fachspezifische Adaptierungen werden geprüft. Während des Beginns der Pandemie und ihrer Auswirkungen auf den klinischen Betrieb mussten diese Hygiene- und Desinfektionspläne laufend den neuen Erkenntnissen und Situationen angepasst werden.

Tabelle 3 und Tabelle 4 stellen die Unterteilung der krankenhausspezifischen Maßnahmen in Elemente der Organisation und der Struktur dar.



Tabelle 3: Strukturelle Maßnahmen in einer Krankenanstalt in Abstimmung mit der Krankenhaushygiene

### Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten

---

#### Stationen

- optimal: Einbettzimmer mit Sanitäreinheit und Vorzimmer/Schleuse
    - Kohortierung in Mehrbettzimmer möglich
    - Bei Mangel an Einbettzimmern mit Vorzimmer/Schleuse können bei exakter Planung der Betriebsorganisation auch Bereiche für die Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten definiert werden, wobei eine klare Kennzeichnung des Patientenbereichs inkl. zugehöriger Betriebsräume, der Wegeführung und der Personalräume stattfinden müssen. Insbesondere müssen Schutzmaßnahmen und -kleidung klar und verständlich festgelegt werden.
  - Nebenräume
    - Medikamentenvorbereitung, Lagerräume („rein“)
    - Teeküche
    - unreine Arbeitsräume, Entsorgungsräume
    - Reinigungsstützpunkt
  - Personalräume
    - Dokumentation und Verwaltung
    - Aufenthaltsraum
    - Umkleiden
- 

#### Wegeplanung – („rein“, „unrein“)

Grundprinzip der Hygiene ist das Trennen von „reinen“ und „unreinen“ Tätigkeiten und Wegen, um Kreuzkontamination zu verhindern.

---

#### Labore und andere medizinische Versorgungseinheiten

- zentrale Untersuchungseinheiten, z. B. Röntgen, OP ...
    - Risikominimierung der Übertragung von SARS-CoV-2 durch Beratung und Prüfung von bereichsspezifischen Hygienekonzepten
  - therapeutische Einheiten
    - Risikominimierung der Übertragung von SARS-CoV-2 durch Beratung und Prüfung von bereichsspezifischen Hygienekonzepten
- 

#### technische Maßnahmen und Versorgung

- Prüfung von Raumluftechnikkonzepten
  - Prüfung der Optimierung der raumluftechnischen Anlagen
- 

Quelle: Medizinische Universität Wien, Institut für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle

Tabelle 4: Organisatorische Maßnahmen für die Patientenversorgung in Abstimmung mit der Krankenhaushygiene

Organisatorische Maßnahmen
COVID-19-Versorgungseinheit
<ul style="list-style-type: none"><li>• Station, IBS, Ambulanzen<ul style="list-style-type: none"><li>○ Betriebsorganisationskonzept</li><li>○ Hygieneplan</li><li>○ Wegekonzzept („rein“, „unrein“)</li><li>○ Personalschulungskonzept</li><li>○ Audits („Nachschauen“ bei regelmäßigen Besuchen)</li></ul></li></ul>
Einsatz von COVID-19-Diagnostik zur Risikominimierung der Übertragung (siehe auch Kapitel 12.4)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostik- und Verlaufkontrolle bei COVID-19-Patientinnen und -Patienten</li><li>• Screening asymptomatischer Patientinnen und Patienten, etwa<ul style="list-style-type: none"><li>○ vor invasiven Eingriffen mit Durchführung oder Risiko „aerosolbildender Maßnahmen“ (z. B. In- und Extubation),</li><li>○ bei Kontakt oder Risiko eines Kontakts mit COVID-19-Patientinnen und -Patienten oder asymptomatischen SARS-CoV-2-Ausscheiderinnen und -Ausscheidern,</li><li>○ vor stationärer Aufnahme in bestimmten Bereichen</li></ul></li></ul>
personelle Ausstattung
<ul style="list-style-type: none"><li>• medizinisches Personal</li><li>• Pflegepersonal</li><li>• unterstützendes Personal</li><li>• Verwaltungspersonal</li></ul>
Information und Kommunikation über Hygienemaßnahmen oder -themen
<ul style="list-style-type: none"><li>• Intranet, z. B. „Channel“</li><li>• Homepage</li><li>• Onlinemeetings</li><li>• Präsenzveranstaltungen unter Wahrung der COVID-19-Präventionsmaßnahmen<ul style="list-style-type: none"><li>○ z. B. Schulungen in begrenztem Rahmen</li></ul></li></ul>

Quelle: Medizinische Universität Wien, Institut für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle

## 10.5 Krankenhaushygiene und die COVID-19-Pandemie im Verlauf

Trotz der Pandemie muss die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit anderen Erkrankungen, die medizinischer und operativer Versorgung, der Diagnostik und einer Therapie bedürfen, erfolgen. Die gleichzeitige Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten, SARS-CoV-2-Trägerinnen und -Trägern sowie „normalen“ Patientinnen und Patienten stellt das Hygieneteam und die Krankenhaushygiene – wie alle anderen auch – vor eine besondere Herausforderung.

Tabelle 5 bietet eine Gegenüberstellung zwischen dem Aufwand für die COVID-19-Versorgung und den gleichzeitigen Aufgaben für die anderen Patientinnen und Patienten, die auch vonseiten der Krankenhaushygiene zu betreuen sind.

Tabelle 5: Tätigkeiten der Krankenhaushygiene einerseits im Zuge der COVID-19-Versorgung, andererseits im herkömmlichen Krankenhausbetrieb

Aufwand für COVID-19-Versorgung	Aufwand für Nicht-COVID-19-Versorgung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hygienerichtlinien               <ul style="list-style-type: none"> <li>• SARS-CoV-2, COVID-19</li> <li>• Hygienepläne SARS-CoV-2-versorgende Einheiten</li> <li>• individuelle Hygienepläne SARS-CoV-2, COVID-19 für Bereiche in einer KA (z. B. ICU, Chirurgie ...)</li> </ul> </li> <li>• Arbeitsanweisungen/Hygienepläne zum Betrieb komplexer COVID-19-versorgender Einheiten</li> <li>• Beratung Technik – u. a. raumlufttechnische Maßnahmen, Struktur ...</li> <li>• Mithilfe beim Patienten-Tracing               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hygienemaßnahmen für stationäre Kontaktpatientinnen und -patienten</li> </ul> </li> <li>• Beratung und Schulungen von Personal sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern</li> <li>• Schnittstelle zum Arbeitnehmerschutz</li> <li>• Desinfektionspläne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KHH für „normalen“ Krankenhausbetrieb in zunehmender Intensität (Qualitätsstandard des BMSGPK für Krankenhaushygiene)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstellung eines Hygieneplans</li> <li>• Überwachung nosokomialer Infektionen</li> <li>• Miteinbeziehung bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entsteht</li> <li>• Beratung und Vorschläge bei für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten</li> </ul> </li> <li>• Sonderaufgaben</li> </ul>

Quelle: Medizinische Universität Wien, Institut für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle

## 10.6 Krankenhaushygiene und COVID-19-Hygienepläne

Die nachfolgende Aufzählung gibt einen Überblick über die wesentlichen Elemente der Krankenhaushygiene im Zusammenhang mit COVID-19:

- SARS-CoV-2-/COVID-19-Hygienerichtlinie
  - Grundlegendes zur Infektion sowie Übertragung und zu deren Prävention
- Arbeitsanweisungen und/oder Hygienepläne für COVID-19-/SARS-CoV-2-spezifische Einheiten (Erstellung und/oder Prüfung)
  - Triage und Notfallversorgung
  - COVID-19-Patientinnen und -Patienten versorgende ICU oder IMCU

- COVID-19 Patientinnen und -Patienten versorgende Normalstation
- Versorgung asymptomatischer SARS-CoV-2-positiver Patientinnen und Patienten in fachspezifischen Versorgungseinheiten (z. B. Kreißsaal, Dialyse)
- SARS-CoV-2-Screening für elektive Patientinnen und Patienten (für ambulante oder stationäre Betreuung; siehe auch Punkt 12.4)
- Einbeziehen der Krankenhaushygiene bei der Planung und Implementierung des Wiederhochfahrens des Betriebs in die Normalversorgung bzw. in den Betrieb während der Pandemie
  - stationäre Versorgung
  - ambulante Versorgung
- Hygiene für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei bereichsspezifischen COVID-19-Maßnahmen und Arbeitsabläufen
  - OP- und Aufwachräume
  - Kinder- und Jugendpsychiatrie
  - Psychotherapie
  - ambulante Versorgung Pädiatrie
  - Kreißsaal
  - Radiologie
  - ....

## 10.7 Inhalt von Hygienerichtlinien, -plänen und Arbeitsanweisungen

Hygienerichtlinien oder -pläne von Krankenanstalten oder deren Teilbereichen müssen mit den allgemeinen Maßnahmen der Krankenanstalt oder des Krankenanstaltenträgers abgestimmt werden und mindestens folgende Inhalte aufweisen:

- Patientenversorgung
  - Leistungen/Eingriffe
  - strukturelle Anforderung des versorgenden Bereichs (Raumkonzept)
- Patientenstromlenkung
  - Abtrennung von Wegen und Wartebereichen zum Versorgungsbereich potenziell infektiöser Patientinnen und Patienten
  - Risikominimierung für Mitpatientinnen und -patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
    - Screening vor Aufnahme (elektiv)
    - Screening akut

- Diagnostik und Absonderung vor Aufnahme bei möglichen COVID-19-Symptomen
- Personenlenkung
  - Stationspersonal
  - Konsiliarpersonal
  - Besucher
  - Versorger – Entsorger
- Prävention der Übertragung der Infektion bzw. ihrer Erreger für alle
  - Information über (persönliche) Schutzausrüstung der Vertreterinnen und Vertreter versorgender Berufsgruppen
    - persönliche Schutzkleidung abhängig von der Art der Versorgung im Sinne der Risikominimierung
- Aufbereitung von Medizinprodukten für die Patientenversorgung
- gegebenenfalls bereichsspezifischer Desinfektionsplan

## 10.8 Desinfektionsplan

Ein Desinfektionsplan beinhaltet, nach Arbeitsthemen geordnet, die jeweils erforderlichen Desinfektionsmaßnahmen (**was?**), die Anlässe und Frequenzen für die Durchführungen dieser Maßnahmen (**wann?**), die für den Zweck angebotenen Produkte (**womit?**) sowie die Methoden der Anwendung (**wie?**), die in Schlagworten beschrieben werden. Die für die Durchführung verantwortlichen Personengruppen (**wer?**) müssen im jeweiligen Bereich geregelt und dokumentiert werden.

Insbesondere wird darin die durch fachliche Stellen geprüfte geeignete Desinfektion für ihre jeweilige Verwendung angeführt [131]. Siehe auch:

<https://www.meduniwien.ac.at/hp/krankenhaushygiene/hygiemappe/hygienerichtlinien>

Für COVID-19-versorgende Bereiche oder andere Spezialbereiche können bereichsspezifische Desinfektionspläne in Zusammenarbeit mit dem Hygieneteam und dem Fachbereich erstellt werden.

Während des Verlaufs der Pandemie kann es zu Adaptierungen des allgemeinen Desinfektionsplans und der bereichsspezifischen Desinfektionspläne kommen:

- Desinfektion neu angeschaffter Medizinprodukte vor deren Verwendung
- Auswahl der Desinfektionsmittel bei Lieferengpässen

- kann annähernd wöchentlich passieren
  - entsprechende Anpassungen in den Bereichsdesinfektionsplänen
  - Information und Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit neuen Produkten
  - Zu beachten ist, dass die Verwendung neuer Desinfektionsmittel, sowohl was ihre Dosierung wie auch Anwendung betrifft, eine entsprechende Schulung des ausführenden Personals erfordert – sonst steigt das Risiko für Anwendungsfehler.

Zusammenfassend setzt die KHH in Bezug auf COVID-19 folgende Tätigkeiten und Maßnahmen, die entsprechend dem Pandemieverlauf situationsbedingt ständig überprüft und gegebenenfalls überarbeitet werden müssen:

- Erstellung einer oder mehrerer Hygienerichtlinien mit Beschreibung der Erkrankung auf Basis der vorliegenden Evidenz, Zusammenfassung der behördlichen Regelungen, Vorgehen in der jeweiligen Gesundheitseinrichtung auf Basis vorliegender Evidenz, Richtlinien oder Empfehlungen relevanter nationaler und internationaler Institutionen (Teil des Hygieneplans der Gesundheitseinrichtung) inkl. Schutzmaßnahmen und Hygieneaspekten der Betriebsorganisation
- Erstellung von Hygieneplänen für COVID-19-versorgende Bereiche bzw. auch für spezielle Bereiche
- Adaptierung des allgemeinen Desinfektionsplans und gegebenenfalls der bereichsspezifischen Desinfektionspläne der Gesundheitseinrichtung
- Beratung der Gesundheitseinrichtungsleitung und der Leitungen der klinischen Bereiche
- Information und Beratung aller patientenversorgenden Bereiche
- Kooperation mit der Arbeitsmedizinerin bzw. dem Arbeitsmediziner
- Schulungen und Information für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Priorisierung der Notwendigkeit und Anwendung des „Schneeballprinzips“ [= Train the Trainer])
- Beratung und Begleitung bei technischen Maßnahmen zur Reduktion von SARS-CoV-2, z. B. bei der Einstellung raumluftechnischer Anlagen etc.
- sonstige Eventualitäten

### **10.8.1 Reinigung und Desinfektion**

Die Auswahl der zu verwendenden Desinfektionsmittel für Hände, Flächen oder Räume erfolgt auf Vorschlag des Hygieneteams der Krankenanstalt.

Eine tägliche Wischdesinfektion patientennaher Flächen wie z. B. der Nachttische, Türgriffe etc. hat laut Desinfektionsplan der Krankenanstalt bzw. Gesundheitseinrichtung zu erfolgen.

Medizinische Geräte wie z. B. Blutdruckmessgeräte oder Fieberthermometer sind sofort nach jeder Patientin bzw. jedem Patienten zu desinfizieren.

Patientenwäsche und Bettwäsche ist unmittelbar nach Gebrauch ohne Zwischenlagerung oder Berührung von Gegenständen im Wäschesack im Patientenzimmer zu deponieren, welcher sofort mittels eines Übersacks zu verschließen und speziell zu kennzeichnen ist. Anschließend hat ein desinfizierendes Waschverfahren zu erfolgen.

Für Matratzen sind wischdesinfizierbare Überzüge zu verwenden.

Patientengeschirr, das in der Station verbleibt, muss in der Geschirrspülmaschine mit einem Desinfektionsprogramm aufbereitet werden. Für Geschirr, das in die Küche zurücktransportiert und dort desinfizierend gewaschen wird, sind diese Vorkehrungen nicht nötig. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass dieses Geschirr verschlossen in die Küche transportiert wird.[132]

## 10.9 Personenschutz

In Bezug auf persönliche Schutzausrüstungen (siehe Kapitel 9) gelten die Vorschriften des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes (ASchG), für deren Befolgung das für Arbeit zuständige Bundesministerium verantwortlich ist.

Personenschutzmaßnahmen sind auch bei allen Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten im Zimmer der Patientinnen und Patienten einzuhalten.

Die persönliche Schutzausrüstung ist vom Personal vor Betreten des Patientenzimmers anzulegen und bei dessen Verlassen abzulegen. Dabei sind Einmalartikel (Einweghandschuhe, Masken ...) in verschließbaren gekennzeichneten Abfallbehältern zu entsorgen. Die Abfallentsorgung muss mit dem Entsorgungsmanagement der Gesundheitseinrichtung akkordiert werden. Bei wiederverwendbaren Schutzartikeln muss die Desinfektion mit SARS-CoV-2-wirksamen Desinfektionsmitteln erfolgen und vom Hersteller entsprechend dem MPG angegeben sein. Gegebenenfalls muss eine

Funktionsprüfung angeschlossen werden. Maschinelle Aufbereitung mit Dokumentation ist der manuellen vorzuziehen. Die Aufbereitung kann vor Ort oder zentral erfolgen. Für die entsprechende Logistik (verschießbare Sammelbehälter, Abholung etc.) und adäquate Lagerungsmöglichkeiten ist zu sorgen.

Einweghandschuhe sind jeweils nur für eine einzelne Patientin bzw. einen einzelnen Patienten zu verwenden und vor Kontakt mit erregershaltigem Material anzulegen und danach vor dem Verlassen des Zimmers in einem gekennzeichneten geschlossenen Abfallbehälter zu entsorgen. Die Händehygiene ist entsprechend den „5 Momenten der Händehygiene“ einzuhalten. Händedesinfektion ist jedenfalls auch nach dem Ablegen der Handschuhe und der persönlichen Schutzausrüstung durchzuführen.

## **10.10 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion oder SARS-CoV-2-Verdachtsfällen in medizinischen Einrichtungen**

Seitens des Hygieneteams ist eine Hygienerichtlinie in Abstimmung mit den allgemeinen Maßnahmen der Krankenanstalt oder des Krankenanstaltenträgers für die eigene Krankenanstalt zu erstellen. Als Beispiel dafür kann die vom Nationalen Referenzzentrum für Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Krankenhaushygiene (NRZ HAI/KHH) an der Universitätsklinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle, Medizinische Universität Wien / Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien erstellte Hygienerichtlinie herangezogen werden [132], die laufend dem aktuellen Kenntnisstand angepasst wird. Selbstverständlich ist diese Hygienerichtlinie den Besonderheiten der eigenen Krankenanstalt anzupassen.

### **10.10.1 Versorgung und Unterbringung von SARS-CoV-2-Patientinnen und -Patienten in Krankenanstalten**

siehe auch Punkt 12.4

Prinzipiell sind Patientinnen und Patienten mit einer akuten respiratorischen Symptomatik bereits im Aufnahme- oder Wartebereich der medizinischen Einrichtungen von anderen Patientinnen und Patienten zu trennen.



Patientinnen und Patienten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion oder einem SARS-CoV-2-Verdacht, die in einer für COVID-19 vorgesehenen Krankenanstalt oder in dafür gewidmeten Bereichen einer Gesundheitseinrichtung aufgenommen werden (siehe Punkt 12.2), sollten, soweit möglich, in Patientenzimmern mit Einzelbelegung (Einzelzimmern) mit eigener Nasszelle und Toilette oder – falls geeignete Einzelzimmer nicht zur Verfügung stehen – in Zimmern in speziell gewidmeten Stationen oder Bauteilen (im Sinne einer Kohortenisolierung) untergebracht werden, bei denen eine räumliche Isolierung gegenüber Nicht-COVID-19-Patientinnen und -Patienten gewährleistet ist. Die Türen zu solchen baulichen Einheiten sind geschlossen zu halten, der Zutritt dorthin muss kontrolliert und Hinweistafeln müssen angebracht werden. Es muss bezüglich der erforderlichen Hygienemaßnahmen ein Hygieneplan vorliegen, und dieser muss allen bekannt sein.

Patientinnen und Patienten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion und solche mit SARS-CoV-2-Verdacht sollten nach Möglichkeit nicht gemeinsam isoliert werden. Alle Patientinnen und Patienten mit aktuellem Nachweis von SARS-CoV-2 dürfen kohortiert werden.

### **10.10.2 Extra- und intramurale Transporte**

Generell sollte darauf geachtet werden, dass die Bewegung einer Patientin bzw. eines Patienten in einer Einrichtung auf das Minimum reduziert wird. Dies darf jedoch *keinen* Einfluss auf die Versorgung der Patientenschaft haben. Patientinnen und Patienten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion oder mit SARS-CoV-2-Verdacht dürfen den Isolierbereich nur verlassen, wenn dies zwingend erforderlich ist.

#### **10.10.2.1 Intramurale Transporte**

Wenn eine COVID-19-Patientin bzw. ein COVID-19-Patient aufgrund einer Untersuchung oder eines Verfahrens in eine andere Abteilung innerhalb der Krankenanstalt überstellt werden soll, hat dieser Transport zügig zu erfolgen. Um Vorkehrungsmaßnahmen treffen zu können, ist die Zielstation durch das klinische Team des Ausgangsorts über das Eintreffen einer solchen Patientin bzw. eines solchen Patienten zu informieren. Die Zahl der Kontaktpersonen während der Überstellung ist auf ein Minimum einzuschränken.

Es ist notwendig, dass COVID-19-Patientinnen und -Patienten FFP2-Masken (immer solche ohne Ausatemventil) tragen. Sollte dies nicht toleriert werden, sind Mund-Nasen-

Schutzmasken zu verwenden. (Ausnahme: Säuglinge und Kleinkinder, bei denen der Einsatz von Masken nicht sinnvoll ist, da eine Person in der Lage sein muss, eine Maske selbstständig zu entfernen – siehe Punkt 9.5.3). Der Transport SARS-CoV-2-Infizierter darf ausschließlich durch geschulte Personen durchgeführt werden und hat zügig zu erfolgen.

Ablaufschema einer Überstellung:

- Transport auf einer Transportliege → je nach Krankheitsbild der Patientin bzw. des Patienten
  - wenn nicht möglich: Transport im Krankenbett vornehmen
    - vorab frisch beziehen
    - vorab Kontaktflächen desinfizieren
    - alternativ: die Patientin bzw. den Patienten in ein sauberes Bett umlagern
  - Krankenakten nicht ins Patientenbett legen!
- vor und nach dem Transport:
  - Händedesinfektion der begleitenden Person
  - Die begleitende Person muss für die Dauer des Transports zusätzlich zur FFP-2-Schutzmaske einen Schutzkittel und Einmalhandschuhe tragen, wenn Patientenkontakt und Kontamination mit Patientenmaterial zu erwarten ist, und diese nach dem Transport umgehend entsorgen.
- Jede Patientin bzw. jeder Patient mit einer COVID-19-Erkrankung ist direkt in das Untersuchungszimmer zu bringen und zu untersuchen. → Minimierung des Ansteckungsrisikos
  - Ein Verbleiben im Wartezimmer hat nicht stattzufinden.
- unmittelbar nach ihrer Benutzung gründliche Desinfektion von
  - Kontaktflächen bei der Untersuchung,
  - Transporttragen

Für das Begleitpersonal gelten die unter Personenschutz angeführten Personenschutzmaßnahmen.

### **10.10.2.2 Extramurale Transporte**

Wenn eine COVID-19-Patientin bzw. ein COVID-19-Patient in eine andere Krankenanstalt verlegt werden soll, sind vorab folgende Maßnahmen zu setzen:

- diesbezügliche Information des Transportdienstes bei Anmeldung

- geeignete Übergabebögen verwenden
- Information des Personals am Zielort durch das klinische Team des Ausgangsorts
- Zahl der Kontaktpersonen auf ein Minimum begrenzen
- Hinterlegung des Befundes im Krankenhausinformationssystem
- In Transportfahrzeugen ist ein Einzeltransport erforderlich. → Das Transportunternehmen muss vorab über die COVID-19-Erkrankung informiert werden. → Nur eingewiesenes, geschultes Personal ist einsetzen.
- Wenn eine Infektion erst bei Aufnahme in der Zieleinrichtung festgestellt wird, ist auch jene Einrichtung zu informieren, in der sich die betreffende Patientin bzw. der betreffende Patient zuvor befand.

### **10.10.2.3 Desinfektion und Materialentsorgung**

Nach Transportende sind alle patientennahen Kontaktflächen mit einem geeigneten Desinfektionsmittel desinfizierend abzuwischen. → siehe Hygieneplan des Transporteurs

- Abfall ist sachgerecht zu entsorgen.
- Textile Bezüge oder Abdeckungen sind zu wechseln und bei mindestens 60 °C oder unter Verwendung eines geeigneten desinfizierenden Waschmittels maschinell aufzubereiten.
- Nach Beendigung aller Maßnahmen ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.

### **10.10.3 Schlussdesinfektion**

Die Schlussdesinfektion umfasst das gesamte Zimmer samt allen Flächen gemäß dem im Hygieneplan der Krankenanstalt festgelegten Verfahren. Siehe allgemeine Empfehlung zur Nutzung von Desinfektionsmitteln.

## **10.11 Niedergelassener Bereich**

Für Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich gelten die Hygienerichtlinien der Österreichischen Ärztekammer und die von der Ärztekammer publizierten einschlägigen Kundmachungen.

Das Dokument „Maßnahmen zum Schutz von Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitspersonal – Empfehlungen für die hausärztliche Primärversorgung während der Pandemie“ [130] bietet ausführliche einschlägige Empfehlungen und beinhaltet Strukturen zum Ordinationsmanagement und zur (telefonischen) Triage, Verhaltensmaßnahmen sowie Ausführungen zur Anwendung persönlicher Schutzausrüstung und zu Hygienemaßnahmen in der Ordination sowie bei Hausbesuchen. Die Empfehlungen beziehen sich auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit und ohne Infektsymptome sowie von COVID-19-Patientinnen und -Patienten. Die Empfehlungen können ebenfalls auf den gesamten niedergelassenen Bereich übertragen werden.

Für Zahnärztinnen und Zahnärzte gelten die Kundmachungen der Österreichischen Zahnärztekammer.

Für andere Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister sind die von der jeweiligen Kammer/Interessenvertretung publizierten Empfehlungen heranzuziehen.

Zusätzlich wird auf allfällige vom für Gesundheitsangelegenheiten zuständigen Bundesministerium im Anlassfall herausgegebene Empfehlungen verwiesen.

## 10.12 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) [133]	BMSGPK	<a href="https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10010285/KAKuG%2c%20Fassung%20vom%2030.10.2020.pdf">https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10010285/KAKuG%2c%20Fassung%20vom%2030.10.2020.pdf</a>
Ausführungsgesetze der Länder [134]	Bundesländer	<a href="https://www.ris.bka.gv.at/Land">https://www.ris.bka.gv.at/Land</a>
Coronavirus SARS-CoV2 Hygiene-Richtlinie 101 [132]	MUW	<a href="https://www.meduniwien.ac.at/hp/krankenhaushygiene/hygienemappe/hygienerichtlinien">https://www.meduniwien.ac.at/hp/krankenhaushygiene/hygienemappe/hygienerichtlinien</a>
Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie [135]	Bioethik-kommission	<a href="https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:772d37b0-3db9-4c8b-b4fe-e6dca7b1b8d3/200402_Covid_Bioethik.pdf">https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:772d37b0-3db9-4c8b-b4fe-e6dca7b1b8d3/200402_Covid_Bioethik.pdf</a>

# 11 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Stand: 5. 2. 2021

## 11.1 Zusammenfassung

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist bei COVID-19 sowie bei anderen epidemischen Infektionskrankheiten für das Fall- und Kontaktmanagement, die Absonderung kranker, krankheitsverdächtiger und ansteckungsverdächtiger Personen und für die Ausbruchsabklärung zuständig. Hierbei sind die Eigenschaften des Erregers und lokale Gegebenheiten zu beachten. Des Weiteren ist der ÖGD aktiv in die Erstellung von Präventionskonzepten eingebunden.

## 11.2 Einleitung

In der Bekämpfung von Epidemien, Pandemien und Infektionsgeschehen jeder Art spielt der ÖGD eine entscheidende Schlüsselrolle. Eine rasche Abklärung von Infektionsquellen sowie ein gezieltes Fall- und Kontaktmanagement sind hierbei essenziell, um eine Verbreitung von Erregern zu verhindern.

## 11.3 Fall- und Kontaktmanagement

Die Basis für das Fallmanagement bei epidemischen Infektionskrankheiten und für die zu setzenden Maßnahmen bilden das Epidemiegesetz 1950 [82] (EpiG) und dazu ergangene Verordnungen.

Für jede Anzeige sowie jeden Verdacht des Auftretens einer anzeigepflichtigen Krankheit haben die zuständigen Behörden durch die ihnen zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte unverzüglich die zur Feststellung der Krankheit und der Infektionsquelle erforderlichen Erhebungen und Untersuchungen einzuleiten. Der Anzeigepflicht nach dem EpiG unterliegen Verdachts-, Erkrankungs- und auch Todesfälle. Auf der Homepage des BMSGPK kann die aktuelle Falldefinition für SARS-CoV-2/COVID-19 eingesehen werden

[108]. Die Kontaktpersonen bestätigter Infektionsfälle sind möglichst vollständig zu erfassen, hierfür eignet sich eine Kontaktpersonendatenbank oder ein Falldatenerhebungstool wie etwa das für die COVID-19-Pandemie etablierte Contact-Tracing-Tool (CTT; Näheres dazu im Kapitel 8.10). Eine Präsentation und ein Video über das CTT sind auf der Website der Kommunikationsplattform VerbraucherInnengesundheit (KVG) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Bezirksverwaltungsbehörden (BVBs) und Landessanitätsdirektionen (LSDs) zugänglich [136]. Auf der Homepage der AGES wurde außerdem eine Schulung im Contact-Tracing publiziert [137].

Ärztliches Personal stellt während einer Pandemie eine kritische Ressource dar, weil diese Berufsgruppe sowohl in die Diagnostik und Behandlung als auch in behördliche Einschätzungen (Sachverständigentätigkeit) eingebunden ist. Zur Durchführung der notwendigen Erhebungen ist neben unterstützenden digitalen Tools insbesondere auch eine Anpassung der personellen und infrastrukturellen Ressourcen erforderlich.

Die BVBs sind verpflichtet, Daten, die im Rahmen von Erhebungen des Auftretens anzeigepflichtiger Krankheiten gesammelt werden und die im Zusammenhang mit getroffenen Maßnahmen stehen, im Epidemiologischen Meldesystem (EMS) zu verarbeiten (siehe Punkte 4.4 und 8.4).

## **11.4 Absonderung (Quarantäne, Isolierung)**

Kranke, krankheitsverdächtige oder ansteckungsverdächtige Personen können zur Verhütung der Virusweiterverbreitung abgesondert oder im Verkehr mit der Außenwelt beschränkt werden, sofern durch sie eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit anderer Personen besteht. Die Absonderung kann auch in einer Krankenanstalt oder einer anderen geeigneten Unterkunft erfolgen, z. B. wenn eine Unterbringung in der Wohnung der betroffenen Person nicht möglich ist (Näheres dazu im Kapitel 4).

Nach dem Motto „Test, Trace and Isolate“ – Testen, Nachverfolgen und Isolieren – müssen auch die Kontaktpersonen der/des (möglichen) Falles so umfangreich und zeitnah wie möglich nachverfolgt und abgesondert werden.

## 11.5 Ausbruchsabklärung und Containment

Besteht der Verdacht auf einen Ausbruch einer epidemischen Infektionskrankheit, ist eine aktive Suche nach Fällen notwendig. Dies dient der frühzeitigen Identifizierung weiterer Fälle, der Unterbrechung von Infektionsketten und soll allfällige Infektionsquellen aufdecken. Die aktive Suche obliegt dem amtsärztlichen Dienst.

Dazu werden Umgebungsuntersuchungen (im Umfeld der erkrankten Person bzw. des Verdachtsfalls) durch die zuständige BVB allenfalls mit Unterstützung durch die Landesverwaltung (LSD) durchgeführt. Des Weiteren können Screeninguntersuchungen dazu beitragen, die Ausbreitung der Erkrankung in Risikogruppen, vulnerablen Settings oder bestimmten Bevölkerungsgruppen zu beobachten.

Die gesammelten Daten sind zusammenzuführen und epidemiologisch auszuwerten, um Zusammenhänge zu erkennen und daraufhin Maßnahmen (Absonderung, andere Verkehrsbeschränkungen, kontaktreduzierende Maßnahmen, Verhaltensmaßnahmen ...) zu setzen. Die betroffenen Personen, aber auch ihr Umfeld müssen über Sinn und Zweck der Maßnahmen und Tätigkeiten informiert werden. Dabei ist auf besondere Bedürfnisse bestimmter Personengruppen (z. B. von ausländischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern oder Touristengruppen, die von sprachlichen Schwierigkeiten und kulturellen Barrieren gekennzeichnet sind) Rücksicht zu nehmen.

Zeigen sich Infektionshäufungen in bestimmten Berufen oder Bevölkerungsgruppen, sind koordinierte Maßnahmen zu setzen. Auch nach Abklingen eines Ausbruchs muss die Infektionslage weiterhin beobachtet werden, um einen Wiederanstieg der Fälle zu verhindern.

Nach Erfordernis ist eine Desinfektion der Räumlichkeiten oder der Umgebung positiv getesteter Personen unter professioneller Leitung durchzuführen. Hierbei sind die Art der Übertragung, die Tenazität und andere Eigenschaften des Virus zu beachten.

## 11.6 Vorgehen in unterschiedlichen Settings

In allen Settings muss die Schnittstelle zum ÖGD klar definiert sein. Unumgänglich ist eine rasche Verständigung des zuständigen Amtsärztendienstes bzw. der zuständigen BVB bei

Krankheits- oder Infektionsverdacht. Notwendige Interventionen werden dann von der zuständigen Amtsärztin oder dem zuständigen Amtsarzt evaluiert und gesetzt.

### **11.6.1 Der ÖGD in herausfordernden Settings**

Städte sind dichtbevölkerte Ballungsräume, in denen eine soziokulturell diverse Bevölkerung betreut werden muss. Beengte Wohn- und Arbeitsverhältnisse sowie eine erhöhte Fluktuation und Reiseaktivität stellen ein erhöhtes Risiko für die Übertragung epidemischer Erkrankungen dar. Auch in ländlichen Regionen können z. B. durch Leih- und Saisonarbeit Settings entstehen, in denen es zu einem beschleunigten Ausbruchsgeschehen kommen kann.

Eine kultursensible multilinguale Krisenkommunikation sowie eine zielgruppenspezifische Prävention sind hierbei essenziell. [138]

### **11.6.2 Der ÖGD im Bildungsbereich**

Auch in Kindergärten, Schulen und höheren Bildungseinrichtungen kann es zu Problemstellungen im Rahmen des Fallmanagements kommen. Hier muss eine gute Zusammenarbeit zwischen der jeweiligen Bildungseinrichtung, den Bildungsdirektionen, dem schulärztlichen Dienst und dem ÖGD geschaffen werden.

Informationen für Schulen, Eltern, höhere Bildungseinrichtungen und Studierende sowie aktuelle Präventionskonzepte im Bildungsbereich finden sich auf der Homepage des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung [139]. Da Kinder nach derzeitigem wissenschaftlichem Kenntnisstand in der Verbreitung von SARS-CoV-2 eine untergeordnete Rolle spielen [140], wurde für Verdachtsfälle im Kinder- und Jugendalter ein eigener Fallmanagementalgorithmus veröffentlicht, der vom ÖGD somit auch im schulischen Bereich genutzt werden kann [141]. Des Weiteren haben sich Bildungs- und Gesundheitsministerium nach einem intensiven Abstimmungsprozess mit den LSDs und den Bildungsdirektionen auf eine gemeinsame Direktive geeinigt, die „Hygiene-, Präventions- und Verfahrensleitlinien für Gesundheits- und Bildungsbehörden“ (siehe [142]).



### 11.6.3 Weitere mögliche Hotspots

In den folgenden beispielhaft genannten Settings kann es zu einem beschleunigten Ausbruchsgeschehen und einem schwierigen Fall- und Kontaktmanagement kommen:

- Senioren- und Pflegeheime
- Krankenanstalten
- Lebensmittelproduktion und -verarbeitung
- Bauwirtschaft
- Verteilerzentren/Logistikzentren
- Leiharbeitsfirmen
- Unterbringungseinrichtungen für Asylwerberinnen und Asylwerber
- Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
- Nachtclubs, Bars

### 11.7 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Österreichische Teststrategie SARS-CoV-2 [103]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html</a>
Behördliche Vorgangsweise bei SARS-CoV-2-Kontaktpersonen: Kontaktpersonennachverfolgung [59]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html</a>
Empfehlung zum Umgang mit SARS-CoV-2-Kategorie-I-Kontaktpersonen – bei versorgungskritischem Gesundheits- und Schlüsselpersonal [143]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html</a>
Empfehlungen für die Gesundheitsbehörden im Umgang mit SARS-CoV-2-Infektionen im Kindes- und Jugendalter [60]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html</a>
Algorithmus COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen [141]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html</a>
Empfehlung zur Entlassung von COVID-19-Fällen aus der Absonderung [110]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html</a>

# 12 Sicherstellung der Kapazitäten

Stand: 3. 3. 2021

## 12.1 Zusammenfassung und Ausblick

Sowohl von intramuralen als auch von extramuralen Leistungserbringerinnen und -erbringern der öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung ist auch während der Pandemie die Versorgung sicherzustellen.

Der Einsatz der Versorgungskapazitäten sollte so geplant werden, dass entsprechend der aktuellen epidemiologischen Situation sowohl die Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten als auch die Regelversorgung – v. a. bei dringlichen Bedarfen – aufrechterhalten werden kann. Die vom COVID-Prognose-Konsortium wöchentlich anhand epidemiologischer Kennzahlen erstellten konsolidierten Kurzfristprognosen zum Verlauf und zum Ausmaß der COVID-19-Erkrankungen in Österreich sowie zu den aktuell verfügbaren Kapazitäten im Spitalsbereich bilden eine wesentliche Grundlage für diese Planungen im stufenweisen Auf- und Abbau notwendiger COVID-19-Versorgungskapazitäten.

Um Kapazitätsausfälle zu vermeiden, gilt in allen Gesundheitseinrichtungen die Trennung von COVID-19-Erkrankten und -Verdachtsfällen von COVID-freien Patientinnen und Patienten als oberstes Gebot. Bei erhöhtem regionalem Risiko sind physische Kontakte von Patientinnen und Patienten mit Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern möglichst durch andere geeignete Maßnahmen (z. B. Telekonsultationen) zu ersetzen.

Im Falle des absehbaren Erreichens der akutstationären Kapazitätsgrenzen bei gleichzeitig weiterhin hohen Infektionszahlen ist für die Bereitstellung zusätzlicher Bettenkapazitäten in Rehabilitationseinrichtungen sowie Not- und Annexspitälern sukzessive Sorge zu tragen.

## 12.2 Einleitung

In den Krankenanstalten wurde am Beginn der COVID-19-Pandemie als Vorbereitung auf potenzielle COVID-19-Fälle und zur Reduktion der Ansteckungsgefahr sowohl für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch für Patientinnen und Patienten der Betrieb auf das medizinisch Wesentliche und Vordringliche reduziert. Durch diese Maßnahme wurde auch eine Kapazitätsreserve geschaffen, um einerseits auf ein zum damaligen Zeitpunkt nicht abschätzbares Patientenaufkommen vorbereitet zu sein und andererseits die Versorgung wesentlicher und vordringlicher Fälle weiterhin sicherzustellen.

Auch im niedergelassenen Bereich und in den selbstständigen Ambulatorien wurden elektive, nichtdringliche Diagnostiken und Therapien vielfach verschoben. In vielen Einrichtungen wurde ein striktes Terminmanagement für physische Kontakte eingeführt, Konsultationen (inkl. Krankschreibungen) wurden telemedizinisch und telefonisch bzw. Medikamentenverschreibungen via E-Medikation durchgeführt.

Während einer Pandemie ist neben der Sicherstellung therapeutischer und diagnostischer Kapazitäten (inklusive Testkapazitäten) für an COVID-19-Erkrankte im ambulanten und stationären Bereich auch der Regelbetrieb für die Versorgung der Bevölkerung so weit wie möglich aufrechtzuerhalten. Da viele Menschen Spitäler und andere Gesundheitseinrichtungen aus Angst vor einer Ansteckung mit COVID-19 nicht aufgesucht haben, ist das Vertrauen in die Gesundheitseinrichtungen wiederherzustellen, um negative Auswirkungen nicht oder zu spät durchgeführter Diagnostik und/oder Therapie zu vermeiden.

Grundsätzlich sind für alle Akutversorgungsbereiche im intra- und extramuralen Bereich folgende **Rahmenbedingungen** zweckmäßig:

- Monitoring der aktuellen Entwicklungen der COVID-19-Pandemie (COVID-Testungen und COVID-Fälle in der Region, freie Kapazitäten in den Normalpflegebereichen und – soweit vorhanden – auch bezüglich Intensivbetten und Beatmungsgeräten). Wesentliche Informationen dazu sind über das amtliche Dashboard COVID-19 des BMSGPK abrufbar ([https://covid19-dashboard.ages.at/dashboard\\_Hosp.html](https://covid19-dashboard.ages.at/dashboard_Hosp.html)).
- möglichst strikte Trennung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten sowie von Menschen mit Verdacht auf eine COVID-19-Erkrankung von Nicht-COVID-19-Patientinnen und -Patienten und entsprechende öffentliche Kommunikation dieser

Schutzmaßnahmen im Gesundheitswesen, um das Vertrauen der Bevölkerung in die Gesundheitseinrichtungen zu erhalten bzw. wiederherzustellen

- Umsetzung und Weiterentwicklung von Schutzmaßnahmen für Gesundheitseinrichtungen, um eine mögliche dortige Verbreitung von SARS-CoV-2-Infektionen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten weitestgehend auszuschließen (z. B. persönliche Schutzausrüstung, Mindestabstand, Hygiene, Arbeiten in fixen Teams, Testung)

### 12.3 COVID-Prognose-Konsortium

Das COVID-Prognose-Konsortium, bestehend aus Expertinnen und Experten der Technischen Universität Wien / DEXHELPP / dwh GmbH, der Medizinischen Universität Wien / Complexity Science Hub Vienna (CSH) und der Gesundheit Österreich GmbH, erstellt wöchentlich konsolidierte Kurzfristprognosen anhand epidemiologischer Kennzahlen zum Verlauf und zum Ausmaß der COVID-19-Erkrankungen in Österreich sowie zu den aktuell verfügbaren Kapazitäten im Spitalsbereich.

Die mathematische Modellierung basiert auf drei generischen Modellen mit unterschiedlichen wissenschaftlichen Zugängen:

- Modell 1: agentenbasiertes Simulationsmodell (Ausbreitungsmodell mit Möglichkeit zur Simulation von Social Distancing und Quarantänemaßnahmen)
- Modell 2: SIR-X-Modell (epidemiologisches Ausbreitungsmodell mit Möglichkeit zur Simulation von Social Distancing und Quarantänemaßnahmen)
- Modell 3: State Space Model

Die methodischen Ansätze ergänzen einander durch unterschiedliche Herangehensweisen, um den Herausforderungen der sich ständig weiterentwickelnden Daten- und Informationslage gerecht zu werden. Die Outputs der drei Modelle werden in einem multiplikativen Prozess harmonisiert und konsolidiert.

Das Forscherteam erstellt die Prognose unter der Annahme, dass die ergriffenen Maßnahmen zur Reduktion der Sozialkontakte effektiv auf das angestrebte Verhalten der Zivilbevölkerung und konstant über den Zeitverlauf wirken. Aufgrund der Inkubationszeit treten die Wirkungen der Maßnahmen zeitverzögert ein.

Datengrundlage für die Modelle ist das Epidemiologische Meldesystem (EMS, siehe Punkte 4.4 und 8.4) des Bundes, das von den Bezirksverwaltungsbehörden gespeist wird.

Eine rollierende Aktualisierung der Prognose erfolgt in regelmäßigen Abständen. Mit weiteren Beobachtungen über den Zeitverlauf wird eine steigende Prognosegüte erwartet, da die Auswirkungen der Maßnahmen dadurch immer besser abgeschätzt werden können.

## 12.4 Intramuraler Bereich – Akutkrankenanstalten

### 12.4.1 Festlegung von Krankenanstalten für die Akutversorgung COVID-19-Erkrankter

Aufgrund der Erfahrungen während der ersten Pandemiephase ist davon auszugehen, dass ca. die Hälfte der intensivpflichtig Erkrankten derart schwerwiegende Komplikationen (bis hin zum Multiorganversagen) entwickelt, dass sie auf Intensivstationen (ICU) der Stufen 2 oder 3 (gemäß Definition und Kriterien des LKF-Modells) zu versorgen sind. Darüber hinaus ist es bei einer noch niedrigen Zahl von COVID-19-Fällen und am Beginn einer Pandemie sinnvoll, schwer an COVID-19 Erkrankte an wenigen Standorten zu konzentrieren, um einerseits eine Bündelung von Expertise für die Behandlung und damit eine **optimale Versorgungsqualität** zu erreichen sowie andererseits an anderen Standorten Kapazitäten für Nicht-COVID-19-Patientinnen und -Patienten vorhalten zu können. Daher kann es zweckmäßig sein, Krankenanstalten (KA) höherer Versorgungsstufen (Schwerpunkt- und/oder Zentralversorgung) für die Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten festzulegen, weil dort hochwertige ICUs bzw. Intensivbereiche in größerer Dimensionierung vorgehalten werden. Empfohlen wird auch – abhängig von regionalen Gegebenheiten – die Festlegung einer „COVID-Schwerpunkt-KA“ je Versorgungsregion sowie einer geeigneten „Nicht-COVID-KA“ zur Aufrechterhaltung der notwendigen Regelversorgung und zum bestmöglichen Schutz v. a. von Risikopatientinnen und -patienten vor Infektionen. Auf diese Weise sollten auch Transferierungen zwischen den Akut-KA auf ein Minimum begrenzt werden. In Abhängigkeit vom **Anwachsen der Neuinfektionen** auf Basis von Prognoseberechnungen ist die Zeitverzögerung bis zum vermehrten Aufkommen an Hospitalisierungen für die **Vorbereitung der Erweiterung der Kapazitäten für COVID-19** auch in zusätzlichen Krankenanstalten zu nutzen.

In den KA sollten räumlich geeignete **Normalpflegestationen** (vorzugsweise in Fachbereichen der Inneren Medizin) definiert werden, die für die Versorgung und Isolierung COVID-19-Erkrankter zur Verfügung stehen (siehe Punkt 10.10.1). Es ist auch darauf zu achten, dass es im Bedarfsfall erforderlich sein kann, sukzessive mehrere Stationen für COVID-19-Erkrankte freizumachen, wobei diese inklusive ihres Zugangs dann – vorzugsweise gemeinsam – durch entsprechende Maßnahmen räumlich von den anderen Stationen, die für die Regelversorgung zu Verfügung stehen müssen, strikt getrennt werden sollten.

Auch bei **Intensivstationen**, die für die Überwachung und Behandlung COVID-19-Erkrankter vorgesehen sind, ist durch entsprechende Maßnahmen eine strikte Trennung von den anderen ICU-Bereichen zu ermöglichen. Auch hier ist darauf zu achten, dass im Bedarfsfall weitere Bereiche von ICU und/oder Intermediate-Care-Stationen (IMCU) für COVID-19-Erkrankte freizumachen sind. Dafür bieten sich im räumlichen Verbund geführte ICU/IMCU an.

Mit Stand Anfang März 2021 waren ca. 3,5 Prozent der positiv getesteten Personen hospitalisiert, von diesen lagen ca. 29 % Prozent auf einer Intensivstation. Diese Relationen können sich allerdings ändern, wenn vermehrt ältere und/oder multimorbide Menschen von der Infektion betroffen sind. Die Fallzahlen und die stationären Aufnahmen (inkl. ICU) werden weiterhin regional zu beobachten, die vorhandenen Kapazitäten in Abhängigkeit von diesen Zahlen zu bewerten und gegebenenfalls zusätzliche Kapazitäten freizumachen sein (**Stufenplan**). Umgekehrt kann die Analyse der Fallzahlen auch dazu dienen, bei sinkendem Infektionsgeschehen – wie auch von den Centers for Disease Control and Prevention (CDC) für die USA vorgeschlagen – graduell Kapazitäten für die Regelversorgung zurückzugewinnen.[144]

Welche Leistungen/Aufenthalte der Regelversorgung zeitlich verschoben werden können, ist zweckmäßigerweise entlang von **Dringlichkeitskriterien**, die auf den Kategorien

- akut (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall),
- planbar, aber dringlich (z. B. Krebserkrankungen, Eingriffe bei ausgeprägter Schmerzsymptomatik),
- planbar und nicht dringlich (z. B. Katarakt-OP, orthopädische Eingriffe)

basieren, und entlang des damit verbundenen Bedarfs an Intensivkapazitäten zu definieren.

Dabei ist aber Sorge dafür zu tragen, dass akute Fälle immer versorgt werden können.

Auch zu diesen Dringlichkeitskriterien finden sich Parallelen in den Arbeiten der CDC, welche die Einstufung anhand der Wahrscheinlichkeit, dass die Diagnose zu einem Schaden für Patientinnen und Patienten führt, vornimmt.[144]

Planbare Leistungen/Aufenthalte sollten am Beginn einer Welle bzw. bei niedrigen Infiziertenzahlen vorzugsweise in geeigneten „Nicht-COVID-KA“ stattfinden – jedenfalls um längerfristige Verschiebungen dringlicherer Leistungen zu verhindern. Tagesklinische bzw. ambulante Behandlungen sind als Alternative zu stationären Kurzaufenthalten so weit als möglich zu nutzen.

#### **12.4.2 Durchführen von Tests vor allen stationären Aufnahmen**

Bei geplanten stationären Aufnahmen sollen – z. B. im Rahmen der präoperativen Diagnostik – die verpflichtenden COVID-Tests (vgl. Kapitel 7) zur Schonung von Versorgungs- und Transportkapazitäten und zur Minimierung des Infektionsrisikos für alle Beteiligten möglichst am Vortag und ohne Patientenzutransport in die Krankenanstalt erfolgen, bei Akutfällen im Rahmen der Aufnahme in die Krankenanstalt.

#### **12.4.3 Definition von „Nicht-COVID-KA“ bzw. „Nicht-COVID-Bauteilen“**

In „Nicht-COVID-KA“ soll bereits vor dem Eintritt in die KA eine ärztliche Begutachtung und Triage (Entry-Checkpoints) vorgenommen werden, so dass symptomatische Patientinnen und Patienten bzw. Verdachtsfälle als „Selbstzuweiserinnen“ bzw. „Selbstzuweiser“ vorab getestet und bei positivem Befund und Aufnahmebedürftigkeit in die dafür vorgesehene KA verbracht werden können. Gegebenenfalls können auch „Infektionsordinationen“ eingerichtet werden, die bereits im niedergelassenen Bereich symptomatische Patientinnen und Patienten abklären und entsprechend versorgen.

Jedenfalls sollte aber Vorsorge dafür getroffen werden, spezielle Versorgungsbereiche wie Psychiatrie, Nachsorgeeinheiten wie Akutgeriatrie, Remobilisation/Nachsorge und gegebenenfalls auch Akutnachbehandlungen Neurologie Phase C sowie Palliativstationen so weit wie möglich in „Nicht-COVID-KA“ bzw. in räumlich und personell strikt von „COVID-KA“ getrennten (Bau-)Teilen der KA weiterzuführen, um die Versorgung in diesen Bereichen weiterhin zu gewährleisten.

#### 12.4.4 Spitalsambulanzen

Die Versorgung in Spitalsambulanzen ist – analog dem stationären Bereich – unter möglichst strikter Trennung der Patientenströme auch während der Pandemie sicherzustellen.

In „COVID-KA“ sind **akute Fälle** nach Möglichkeit über die zentrale ambulante Erstversorgung (ZAE) zu leiten. Dabei ist auf eine möglichst strikte Trennung der Personen mit COVID-19 bzw. Verdacht auf eine COVID-19-Erkrankung von COVID-19-freien Patientinnen und Patienten zu achten. Sollte keine ZAE eingerichtet sein oder die ZAE nur außerhalb der Betriebszeiten geführt werden, so ist diese Trennung der Patientengruppen durch die jeweils zuständige Fachstruktur zu gewährleisten (insbesondere für Schwangere, Kinder und verunfallte Personen).

Bei „Nicht-COVID-KA“ sollten jedenfalls die vorgelagerten Entry-Checkpoints, in denen die ärztliche Begutachtung und Triage durchgeführt wird, genutzt werden, um den Zugang SARS-CoV-2-Infizierter zu verhindern. Im Bedarfsfall ist die Umleitung von COVID-19-Patientinnen und Patienten in eine COVID-KA sicherzustellen.

**Allgemein- und Spezialambulanzen** sollten unter folgenden Voraussetzungen – den Erfordernissen der jeweiligen Phase der Pandemie angepasst und entsprechend der Dringlichkeit des Versorgungsbedarfs – in allen KA, solange es die Kapazitäten zulassen, weitergeführt werden:

- Trennung der Patientenströme durch entsprechende Maßnahmen (z. B. Festlegung von „Nicht-COVID-Bereichen“)
- Einhaltung hygienischer Maßnahmen
- striktes Terminmanagement (Vermeidung einer Ansammlung von Personen in den Warteräumen!)

#### 12.5 Extramuraler Bereich

Im gesamten ambulanten Bereich ist es wesentlich, dass die Versorgung (für Akutfälle und die Behandlung chronisch Kranker) auch während der Pandemie aufrecht bleibt.

Zu den wichtigsten organisatorischen Maßnahmen bei der Versorgung der Bevölkerung zählen insbesondere



- die Umsetzung eines strikten Terminsystems mit telefonischer Terminvereinbarung und
- die zeitliche und/oder räumliche Trennung von Patientinnen und Patienten mit Infektsymptomen und anderen Patientinnen und Patienten.

Für alle Kassenordinationen bzw. -ambulatorien besteht auch während der Pandemie ein Versorgungsauftrag. Falls Ärztinnen und Ärzte ihre Ordination nicht mehr weiterführen können (z. B. da sie einer Risikogruppe für COVID-19 angehören), ist eine entsprechende Vertretung zu gewährleisten.

Physische Kontakte zu Patientinnen und Patienten sind während der Pandemie hinsichtlich Häufigkeit und Dauer so weit als möglich auf das medizinisch notwendige Maß einzuschränken. Daher wird auch dringend empfohlen, erforderliche Blutabnahmen direkt in der bereits kontaktierten Gesundheitseinrichtung durchzuführen. Zur Minimierung physischer Kontakte sollen die Möglichkeiten der E-Medikation und der Einsatz telemedizinischer Versorgungstools genutzt werden. Durch Krankschreibung auf Basis telefonischer Kontaktaufnahme der Patientinnen und Patienten mit Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern kann das Infektionsrisiko v. a. für Risikogruppen gering gehalten werden.

Die Differenzialdiagnostik und Behandlung bei typischen Infektsymptomen erfolgt weiterhin vorzugsweise in der Primärversorgung. Zur schnellen Abklärung und Vermeidung weiterer Sozialkontakte von COVID-19-Verdachtsfällen ist eine Testungsmöglichkeit in Ordinationen bzw. in speziell dafür geschaffenen Strukturen (z. B. Checkboxes) vorzusehen. Um das Infektionsrisiko der COVID-19-Risikogruppen sowie betagter Personen zu minimieren, ist es zweckmäßig, in dieser Gruppe als Alternative zur Behandlung in der Ordination bedarfsabhängig Hausbesuche – auch in Behinderteneinrichtungen sowie in Alters- und Pflegeheimen – durchzuführen.

Für niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte und selbstständige Ambulatorien gelten dieselben Empfehlungen wie für die Primärversorgung, für Therapeutinnen und Therapeuten bzw. Vertreterinnen und Vertreter anderer Gesundheitsberufe – mit Ausnahme der etwaigen Testungsmöglichkeit in den Ordinationen und der Krankschreibungen – ebenfalls.

## 12.6 Präventionsmedizinische Maßnahmen

In der ersten Phase der Pandemie kam es zu einer geringeren Inanspruchnahme diagnostischer Maßnahmen im Rahmen der Früherkennung v. a. von Krebserkrankungen – insbesondere bei Koloskopien und Mammografien. Um Erkrankungen rasch zu diagnostizieren und deren Fortschreiten zu vermeiden, sollten Früherkennungsmaßnahmen unter Einhaltung der obengenannten Vorkehrungen so weit als möglich durchgeführt und von der Bevölkerung in Anspruch genommen werden.

Auch alle Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes sowie Impfungen v. a. im Kleinkindalter sollten im entsprechenden Umfang durchgeführt werden.

Während der Phase des Lockdowns ist die Inanspruchnahme wichtiger Impfungen insbesondere im Kindesalter zurückgegangen. Um etwaig entstandene Impflücken zu schließen und das Entstehen weiterer Impflücken ebendort zu vermeiden, ist eine Fortsetzung oder gegebenenfalls Wiederaufnahme der Impftätigkeit unter Einhaltung der notwendigen Maßnahmen zur Vermeidung von SARS-CoV-2-Infektionen dringend empfohlen (siehe dazu auch die Empfehlung des Nationalen Impfgremiums [145]). Dabei sollte jeder Arztkontakt genutzt werden, um den Impfstatus zu überprüfen und – wo notwendig – fehlende Impfungen nachzuholen.

## 12.7 Rehabilitation

Rehabilitationseinrichtungen waren während der Pandemie im Frühjahr 2020 im großen Umfang geschlossen. Auch Anschlussheilverfahren nach stationären Aufenthalten bzw. psychiatrische Rehabilitationsaufenthalte mussten zum Teil abgebrochen werden bzw. konnten nur eingeschränkt stattfinden.

Während der Pandemie sollten so lange wie möglich Rehabilitationsverfahren weiterhin angeboten werden, v. a. Anschlussheilverfahren im Bereich der Neurologie, Kardiologie und Orthopädie. Um Infektionen zu vermeiden, sollte vor der Aufnahme in einer stationären Rehabilitationseinrichtung ein negativer PCR-Test vorliegen.

Aufgrund häufiger und regelmäßiger Kontakte wäre in den stationären Rehabilitationseinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit denselben

Therapieprogrammen und denselben durchführenden Therapeutinnen und Therapeuten nach Maßgabe der Möglichkeiten eine gruppenbezogene Terminvergabe vorzusehen.

Auch ambulante Reha-Maßnahmen sollten unter Sicherstellung der aufgrund der Ergebnisse des epidemiologischen Monitorings jeweils aktuellen Erfordernisse und unter Einhaltung eines strikten Terminmanagements nach Möglichkeit weiterhin durchgeführt werden.

## 12.8 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Centers for Disease Control and Prevention (2020): Framework for Healthcare Systems Providing Non-COVID-19 Clinical Care During the COVID-19 Pandemic [144]	CDC (USA)	<a href="https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/framework-non-COVID-care.html">https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/framework-non-COVID-care.html</a>
Eglau, K.: Erste Analyse der Auswirkungen des Lockdowns während der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche, Rapid Analysis [146]	GÖG i. A. d. BMSGPK	<a href="https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1507">https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1507</a>
COVID-Prognose-Konsortium [147]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-(2019-nCov)/COVID-Prognose-Konsortium.html">https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-(2019-nCov)/COVID-Prognose-Konsortium.html</a>

# 13 Antivirale Arzneimittel, weitere Therapeutika und Impfstoffe

## 13.1 Antivirale Arzneimittel und weitere Therapeutika

Stand: 29. 1. 2021

### 13.1.1 Zusammenfassung

Obwohl zurzeit zahlreiche Wirkstoffe für eine antivirale Therapie von COVID-19 untersucht werden, liegt bislang nur für den Wirkstoff Remdesivir eine Zulassung für eine speziell definierte Patientengruppe vor. Eine prophylaktische Gabe bestimmter Wirkstoffe, sei es prä- oder postexpositionell zeichnet sich derzeit noch nicht ab. Bei der Behandlung schwerer erkrankter COVID-19 Patientinnen und -Patienten, insbesondere jener, die eine diagnostisch gesicherte Pneumonie aufweisen und eine zusätzliche Sauerstoffzufuhr benötigen, kann eine Therapie mit Remdesivir (Veklury®) im Rahmen der Zulassung sowie gegebenenfalls eine (derzeit noch Off-label-)Anwendung mit Dexamethason im Rahmen der EMA-Empfehlung und einer WHO-Leitlinie erwogen werden.

### 13.1.2 Einleitung

Um jene Fälle von COVID-19, die nicht selbstlimitierend verlaufen, adäquat behandeln zu können, besteht hoher Bedarf nach einer spezifischen antiviralen Therapie. Insgesamt wurde seit Bekanntwerden der Pandemie bis zum 1. 9. 2020 die extrem hohe Zahl 158 potenzieller COVID-19-Behandlungen/-Wirkstoffe durch die europäischen Behörden mit den unterschiedlichsten Entwicklern diskutiert. Bislang konnte erst ein einziger Wirkstoff (Remdesivir) ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis nachweisen, welches sich in der am 3. 7. 2020 erteilten zentralen Zulassung durch die EU-Kommission zur Genehmigung für das Inverkehrbringen in der gesamten EU widerspiegelt.

### 13.1.3 Remdesivir

Derzeit gibt es nur eine zugelassene und spezifische antivirale Therapie gegen das SARS-CoV-2-Virus. Hierbei handelt es sich um den Wirkstoff Remdesivir (Veklury®).

Remdesivir ist ein antiviraler Wirkstoff zur Therapie von COVID-19. Remdesivir ist für die Behandlung Erwachsener und Jugendlicher ab zwölf Jahren und einem Körpergewicht von mindestens 40 kg zugelassen, die an COVID-19 erkrankt sind und dabei eine Pneumonie (Lungenentzündung) aufweisen und bereits zusätzlich Sauerstoff benötigen. Eine Anwendung sollte nur in klinischen Einrichtungen erfolgen, in denen die Patientinnen und Patienten engmaschig überwacht werden können.

Das mit dem Wirkstoff Remdesivir zugelassene Arzneimittel Veklury® steht in Glasdurchstechflaschen als Pulver wie auch als Konzentrat (als 100 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung bzw. als 100 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung) zur Verfügung. Für Österreich ist bis auf weiteres jene Darreichungsform vorgesehen, die nicht der Kühlkettenpflicht unterliegt (d. h. Veklury® als Pulver). Die Glasdurchstechflaschen mit dem Pulver unterliegen keinen besonderen Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung und weisen im ungeöffneten Zustand eine Haltbarkeitsdauer von drei Jahren auf. Erst nach dem Öffnen und der Rekonstitution unterliegt die verdünnte Remdesivir-Infusionslösung speziellen Lagerungsbedingungen mit einer Haltbarkeitsdauer von entweder bis zu vier Stunden bei unter 25 °C oder bis zu 24 Stunden im Kühlschrank bei 2 °C bis 8 °C. Nach Zubereitung laut Fachinformation [148] durch medizinisches oder pharmazeutisches Fachpersonal erfolgt die Gabe laut zugelassener Dosierung mittels Infusion in die Vene.

Die Behandlung wird mit einer 200-mg-Infusion am ersten Tag, gefolgt von jeweils 100 mg einmal täglich in den darauffolgenden Tagen begonnen bzw. fortgeführt. Die gesamte Behandlungsdauer sollte mindestens fünf Tage, jedoch nicht mehr als zehn Tage betragen.

Remdesivir wirkt als viraler RNA-Polymerase-Hemmer. Es unterdrückt die Bildung viraler RNA-Erbinformationen und verhindert dadurch die Vermehrung des Virus in den menschlichen Zellen. Dies kann die Patientin oder den Patienten dabei unterstützen, die Virusinfektion zu überwinden, und ihre/seine Genesung beschleunigen.

Die klinische Wirksamkeit und Sicherheit wurde unter anderem in einer randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten klinischen Hauptstudie mit 1.062 an COVID-19 erkrankten stationären Patientinnen und Patienten erhoben [149]. Remdesivir konnte bei

einigen Patientinnen und Patienten die Zeit bis zur Genesung verkürzen. Die Studie zeigte, dass sich in der gesamten Studienpopulation jene Patientinnen und Patienten, die mit Veklury® behandelt worden waren, nach elf Tagen erholten, verglichen mit 15 Tagen bei Patientinnen und Patienten, die ein Placebo erhalten hatten. Die Wirksamkeit hat sich dabei insbesondere bei schwer erkrankten Patientinnen und Patienten gezeigt, die zusätzlichen Sauerstoff benötigten. Hier betrug die Zeit bis zur Genesung zwölf Tage im Vergleich zu 18 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Placebo, während bei Patientinnen und Patienten mit leichter Erkrankung kein Unterschied feststellbar war [150].

In einer weiteren, vorläufigen Studie [151] konnte jedoch nicht gezeigt werden, dass Veklury® die Mortalität bei hospitalisierten COVID-19-Patientinnen und -Patienten senken konnte. In der Studie starben innerhalb von 28 Tagen 12,5 Prozent der mit Remdesivir und Standardbehandlung versorgten Patientinnen und Patienten, verglichen mit 12,7 Prozent jener Patientinnen und Patienten, die ausschließlich eine Standardbehandlung erhalten hatten. Ein Einfluss von Veklury® auf die Dauer des Krankenhausaufenthalts konnte ebenfalls nicht nachgewiesen werden. Aus diesem Grund nahm die WHO eine zuvor erteilte Empfehlung zur Anwendung von Remdesivir wieder aus ihrer Leitlinie zurück [152].

Die EMA vertrat angesichts der widersprüchlichen Studiendaten die Ansicht, dass die Evidenz aus der zweiten Studie nur begrenzt verlässlich sei, die Studie nicht bewiesen habe, dass Veklury® keinen Nutzen hätte und stufte die Empfehlung der WHO als lediglich bedingt ein. Sowohl die WHO als auch die EMA vertreten die Ansicht, dass weitere Studien für ein klareres Bild erforderlich sind. Die EMA hält aktuell an der Zulassung von Veklury® fest, wird aber die Daten zusammen mit anderen relevanten Daten neuerlich bewerten, um festzustellen, ob allenfalls Änderungen an der Zulassung in der EU erforderlich sind [153].

Hinsichtlich der Sicherheit wird Remdesivir mit einer ähnlichen Rate unerwünschter Ereignisse wie beim Placebo verhältnismäßig gut vertragen. Die EMA evaluiert derzeit ein Signal [154] für Nierentoxizität, eine Erkrankung, die bei Patientinnen und Patienten mit COVID-19 jedoch auch andere Ursachen haben kann. Als überwiegend leicht bewertete Nebenwirkungen wurden am häufigsten erhöhte Leberwerte sowie Übelkeit berichtet.

Veklury® wurde am 3. Juli 2020 unter „besonderen Bedingungen“ für das Inverkehrbringen in der gesamten EU zugelassen. Als neuer Wirkstoff unterliegt dieses

Arzneimittel zudem einer zusätzlichen Überwachung. Sämtliche Angehörige der Gesundheitsberufe sind aufgefordert und gesetzlich verpflichtet, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung beim Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen zu melden [155]. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit.

Da der Bedarf an Veklury® EU-weit auf sehr große Mengen pro Monat geschätzt wird (für den Oktober 2020 ging man von  $\approx 266.000$  Vials aus und von noch höheren Mengen für die Folgemonate), die verfügbare Menge seitens des Zulassungsinhabers Gilead im Herbst 2020 jedoch nur 120.000 Dosen/Monat betrug, wurde eine koordinierte EU-weite Beschaffung und Verteilung der Bestände im Rahmen einer gemeinsamen Beschaffungsvereinbarung vorgenommen. Die gemeinsame Beschaffung wird daher bis auf weiteres die einzige Möglichkeit für EU-Länder inkl. Österreich sein, welche diese gemeinsame Beschaffungsvereinbarung unterzeichnet haben, auf Veklury® zur Therapie zuzugreifen. Die Verteilung der konkreten Mengen Veklury® an die einzelnen EU-Länder beruht auf Kennzahlen (COVID-19-Hospitalisierungen) und einem durch das ECDC errechneten Verteilungsschlüssel. Dazu schloss die Europäische Kommission (EC) im Vorfeld einen alleinigen, gemeinsamen Rahmenvertrag mit Gilead ab, zu einem Vorzugspreis von 345 € pro Glasdurchstechflasche. Die Verrechnung erfolgt dann direkt mit den EU-Ländern, je nach der wirklich erhaltenen Menge.

Auf nationaler Ebene ist für die Versorgung der österreichischen hospitalisierten COVID-19-Patientinnen und -Patienten, die zusätzlich Sauerstoff benötigen, für Veklury® folgender Verteilungsweg vorgesehen: Bund und Länder haben sich bereits im Vorfeld auf ein neues Verteilschema für COVID-19-therapierelevante Arzneimittel geeinigt, das die bestmögliche Versorgung der österreichischen Krankenhäuser sicherstellen soll [156]. Dieses Verteilschema folgt einer entsprechenden Verordnung betreffend COVID-19-Sonderregelungen für Arzneimittel. Diese Verordnung legt in § 5 fest, dass, falls der Bedarf im Inland die dem Bund zur Verfügung stehende Menge an Arzneimitteln zur Behandlung oder Prophylaxe von COVID-19 übersteigt, die Zuteilung an die jeweiligen Anstaltsapotheken anhand des veröffentlichten Kriterienkatalogs des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen zur Verteilung von COVID-19-Arzneimitteln im intramuralen Bereich erfolgt [157].

Dazu wird es in jedem Bundesland eine zentrale COVID-19-Apotheke geben, die als sogenannter „single point of communication“ (SPOC) fungiert. Über diese SPOC-Apotheken wird künftig sowohl der Bedarf an COVID-19-relevanten Arzneimitteln erhoben als auch deren Verteilung an die Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland durchgeführt

werden. Dazu definieren auf Landesebene die medizinischen Koordinatorinnen und Koordinatoren den Gesamtbedarf anhand der Zahl von COVID-19-Patientinnen und -Patienten, die in Krankenhäusern bzw. Intensivstationen betreut werden. Diese Zahl wird an einem bundesweit einheitlichen Stichtag den jeweiligen SPOC-Apotheken gemeldet.

Aufgrund der zentralen Beschaffung und Zuteilung auf EU-Ebene liegt Veklury® bis auf weiteres nur in englischsprachiger Verpackung und Kennzeichnung vor. Die entsprechenden Informationen können jedoch auch elektronisch in deutscher Sprache abgerufen werden [148].

#### **13.1.4 Experimentelle Therapeutika / Nichtzugelassene Therapeutika**

Bezüglich des Einsatzes aller anderen spezifischen antiviralen Arzneimittel gegen COVID-19 gilt, dass sich derzeit zahlreiche weitere Wirkstoffe in klinischer Prüfung befinden. Aktuell liegen allerdings noch zu wenige Daten vor, um eine allgemeine Behandlungsempfehlung oder gar eine Zulassung für einen weiteren dieser Wirkstoffe auszusprechen. Bei schwersten Verlaufsformen von COVID-19 und nur im äußersten einzelnen Ausnahmefall darf deren Anwendung durch besonders erfahrene Spezialistinnen und Spezialisten im Rahmen eines individuellen Heilversuchs erwogen werden, wobei vor einer allfälligen Anwendung dieser unzureichend geprüften anderen antiviralen Arzneimittel stets eine sehr sorgfältige individuelle Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses erfolgen muss. Idealerweise sollten derartige Therapien bzw. Therapieversuche im Rahmen klinischer Studien durchgeführt werden.

Generell gilt, dass sich die Entwicklung weiterer Wirkstoffe in den letzten Monaten stark beschleunigt hat. Bevor jedoch umfassende klinische Studienergebnisse vorliegen, die eine Wirksamkeit und Sicherheit dieser möglichen weiteren Arzneimittel gegen COVID-19 belegen, kann eine grundsätzliche Empfehlung zu deren Einsatz nicht erfolgen.

Von einer insbesondere am Anfang der Pandemie diskutierten und von vereinzelt Stellen empfohlenen Behandlung mit Chloroquin bzw. Hydroxychloroquin wird inzwischen klar abgeraten, weil die Einschätzung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses angesichts einer nur sehr begrenzten Wirkung und jedoch deutlicher Nebenwirkungen als negativ eingeschätzt wird [158]. Ähnlich erfolglos verliefen unter anderem Therapieversuche in klinischen Studien mit Azithromycin oder auch mit der Kombination Ritonavir/Lopinavir [159].



### 13.1.5 Weitere Therapeutika bei schwererkranken/hospitalisierten Fällen

Am 16. Juni 2020 wurden die vorläufigen Ergebnisse der im März 2020 gestarteten UK-Recovery-Studie vorveröffentlicht [160]. Diese Studie [161] umfasste über 11.000 Patientinnen und Patienten in 175 NHS-Spitälern und untersuchte dabei mehrere Therapiearme (unter anderem auch das umstrittene Hydroxychloroquin, für das auch in dieser UK-Studie keinerlei positive Wirkung gezeigt werden konnte). Für Dexamethason, einen altbekannten und überaus kostengünstigen Wirkstoff, konnte hingegen an über 2.000 Patientinnen und Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe mit über 4.000 Patientinnen und Patienten signifikant – und klinisch relevant – gezeigt werden, dass bei hospitalisierten schwerkranken COVID-19-Patientinnen und Patienten eine Behandlung mit Dexamethason einen deutlichen Überlebensvorteil mit sich bringt. Bei maschinell beatmeten Patientinnen und Patienten sowie bei solchen mit nichtmaschineller/nichtinvasiver Sauerstoffzufuhr konnte die Sterberate um ein Drittel bzw. ein Fünftel gesenkt werden. In Gesamtzahlen ließe sich dadurch bei Schwerkranken somit jeder achte Todesfall vermeiden. Dies klingt auf den ersten Blick vielleicht nicht viel, ist aber im Vergleich zu klinischen Wirksamkeiten pharmakologischer Interventionen eine durchwegs beachtliche Zahl. Die erhobene Wirksamkeit kam jedenfalls nicht ganz überraschend: Besonders bei schwererkranken COVID-19-Patientinnen und -Patienten ist bekannt, dass Todesfälle meist nicht durch das Virus direkt, sondern vielmehr durch eine massiv überschießende Immunreaktion des Körpers auf das Virus (einen sogenannten Zytokinsturm) ausgelöst werden. Die Bekämpfung dieser überschießenden Entzündungsreaktion scheint daher im klinischen Setting ein besonders wichtiges, wenn nicht sogar das wichtigste Ziel zu sein. Grundsätzlich kommt man jedoch bei jeder Immunsuppression bei einer viralen Erkrankung in den Zielkonflikt, dass jede Unterdrückung des Immunsystems zu einer Verzögerung/Abschwächung des Immunsystems im Kampf gegen das Virus führt und daher das Virus vom Körper weniger effizient bzw. weniger rasch bekämpft werden kann. Daraus würde zwangsläufig eine länger bestehende, hohe Viruslast bzw. eine längere Erkrankungsdauer resultieren. Da aber bei schwererkranken Patientinnen und Patienten primär nicht das Virus selbst, sondern die pulmonalen Schäden durch den Zytokinsturm im Vordergrund stehen und für die infausten Ergebnisse verantwortlich sind, ist die „virusverzögernde Nebenwirkung“ einer immunsupprimierenden Therapie, z. B. mit Dexamethason, in Hinblick auf ihren potenziellen Nutzen, diesen lebensbedrohlichen Zytokinsturm abzuschwächen und somit das unmittelbare Überleben der Patientinnen und Patienten im kritischen Zustand sicherzustellen und zu verbessern, letztlich akzeptabel und überwiegt vermutlich deutlich in der Nutzen-Risiko-Bewertung.

Dexamethason gehört, als altbekannter Vertreter, zur Klasse der Glucocorticoide und ist ein überaus stark wirkender Wirkstoff dieser Klasse (30-mal potenter als das „Basis“-Cortison Hydrocortison) und ist z. B. in Österreich in Form von „Fortecortin Tabletten 8 mg, 10 Stück“ erhältlich, der Apothekenverkaufspreis beträgt 17,55 €; der Fabriksabgabepreis 8,28 €, ebenso in Form von „Dexamethason HCS 4 mg Tabletten, 10 Stück“, der Apothekenverkaufspreis beträgt 8,65 €; der Fabriksabgabepreis 3,82 €.

In Österreich wurden auf Intensivstationen bereits zu Beginn der Pandemie (s. Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin) [162] ähnliche Therapeutika verwendet, aber primär aus der Intention, den Blutdruck jener COVID-Intensivpatientinnen und -patienten zu stützen, die eine Hypotonie (MAP, mittlerer arterieller Blutdruck < als 65 mmHg) entwickeln. Hier kam in Österreich zu diesem Zweck bislang das schwächere Basis-Corticoid Hydrocortison zum Einsatz, in einer Dosierung von 200 mg/d, das durch seine höhere Dosierung jedoch den (in der Recovery-Studie verwendeten) 6 mg/d Dexamethason de facto äquipotent ist.

Anhand der vorläufigen Ergebnisse der Recovery-Studie wäre es wahrscheinlich empfehlenswert, nicht nur schwererkrankte COVID-19-Patientinnen und -Patienten mit deutlich erniedrigtem Blutdruck mit Hydrocortison oder Dexamethason zu behandeln, sondern alle schwererkrankten COVID-19-Patientinnen und -Patienten, unabhängig von ihrem mittleren arteriellen Blutdruck. Ob dabei nun wie bisher in Österreich Hydrocortison oder wie in der UK-Studie Dexamethason zu bevorzugen ist, ist nicht abschließend geklärt, jedoch lässt sich aufgrund der pharmakologischen Tatsache, dass Dexamethason eine längere Halbwertszeit aufweist und anhand der Datenlage der genannte Überlebensvorteil vorläufig bislang nur für Dexamethason berichtet wurde, eine Präferenz für Dexamethason ableiten.

Im Juli 2020 hatte die tiefergehende Bewertung der Dexamethason-Therapie durch die EMA begonnen [163], und im September 2020 wurde vonseiten der Pharmaindustrie ein entsprechender Zulassungsantrag bei der EMA eingereicht [164]. Unmittelbar danach, ebenfalls im September 2020, kam die EMA auf Basis der Bewertung der verfügbaren Daten zum Schluss, dass die Verwendung von Dexamethason bei Erwachsenen und Jugendlichen (ab zwölf Jahren und mit einem Gewicht von mindestens 40 kg) befürwortet werden kann. Voraussetzung ist, dass die Patientinnen und Patienten schwererkrankt sind und bereits eine zusätzliche Sauerstofftherapie benötigen. Ebenso sprach auch die WHO eine Empfehlung für diese Anwendung aus [165]. Dexamethason kann entweder oral oder als Injektion oder Infusion in die Vene verabreicht werden. Die empfohlene Dosierung

beträgt sowohl für Erwachsene als auch für Jugendliche 6 mg einmal täglich für bis zu zehn Tage [166].

### 13.1.6 Weitere allgemeine Aspekte der Arzneimittelversorgung

Allgemein gilt, dass, sofern der Bedarf der österreichischen Bevölkerung an einer Arzneispezialität nachweislich nicht gedeckt werden kann, auf Antrag des Zulassungsinhabers beim Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) das Inverkehrbringen auch über das Verfallsdatum hinaus, jedoch nur zur ausschließlichen Anwendung in Krankenanstalten, beantragt werden kann. Hierbei gilt nachzuweisen, dass das Inverkehrbringen über das Verfallsdatum hinaus ohne Risiken für die Patientinnen und Patienten ist und der Bedarf nicht mit alternativen Arzneispezialitäten gedeckt werden kann [153].

In ähnlicher Weise gelangen auch für die Versorgung mit Sauerstoff Sonderregelungen zur Anwendung. Sollte der Bedarf der österreichischen Bevölkerung an medizinischem Sauerstoff nicht gedeckt werden können, dürfen zur Sicherstellung der Versorgung Maßnahmen wie die Abfüllung medizinischen Sauerstoffs an technischen Füllständen, die Abfüllung medizinischen Sauerstoffs in Flaschen, die nicht für medizinische Zwecke zugelassen sind, die Verwendung von Druckreglern, die nicht für medizinische Zwecke zugelassen sind, sowie eine Abfüllung durch Unternehmen, die nicht im Zulassungsdossier des medizinischen Sauerstoffs genannt sind, getroffen werden. Details dazu sind der entsprechenden Verordnung betreffend Sonderregelungen für Arzneimittel für die Dauer der Pandemie mit COVID-19 zu entnehmen [153].

### 13.1.7 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Fachinformation: Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels Veklury 100 mg Pulver bzw. Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung [148]	Europäische Kommission / EMA	<a href="https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/veklury-epar-product-information_de.pdf">https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/veklury-epar-product-information_de.pdf</a>
Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend COVID-19-Sonderregelungen für Arzneimittel (COVID-19-ArzneimittelV)[157]	RIS/BKA	<a href="https://www.ris.bka.gv.at/Gelten.deFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&amp;Gesetzesnummer=20011480">https://www.ris.bka.gv.at/Gelten.deFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&amp;Gesetzesnummer=20011480</a>

## 13.2 Impfstoffe

Stand: 4. 3. 2021

### 13.2.1 Zusammenfassung

Eine Schutzimpfung ist eine der wirksamsten und kosteneffektivsten Präventionsmaßnahmen und dürfte am ehesten dazu beitragen, die Krankheitslast der COVID-19-Pandemie langfristig deutlich abzuschwächen. Ein vordringliches Ziel internationaler Forschungstätigkeit ist daher die rasche Entwicklung eines wirksamen und sicheren COVID-19 Impfstoffes sowie die Sicherstellung seiner breiten Verfügbarkeit.

Das erklärte Ziel der Bundesregierung ist es, jeder und jedem, die/der sich impfen lassen möchte, einen umfassend geprüften, sicheren, effektiven und zugelassenen COVID-19-Impfstoff zur Verfügung zu stellen. Die COVID-Schutzimpfung soll dabei niederschwellig und unbürokratisch zu den Menschen gebracht werden. Wegen anfangs limitierter Impfstoffverfügbarkeit wird es zu Beginn notwendig sein, Priorisierungen auszusprechen und jene Personen zu impfen, welche das höchste Risiko für schwere COVID-19-Krankheitsverläufe haben oder ein besonders hohes Ansteckungsrisiko. So werden etwa in der ersten Phase besonders gefährdete Gruppen und Institutionen wie Alten- und Pflegeheime sowie Krankenanstalten prioritär Zugang zur Schutzimpfung erhalten. In einer späteren, breiten Ausrollung sollen neben den Impfstraßen und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auch größere Betriebe und Gemeinden Impfungen anbieten können. Dabei liegt die Entscheidung über die Strategie der Ausrollung der Impfungen und über ihre Umsetzung bei den Bundesländern.

Um eine rasche und effiziente Umsetzung der Impfungen zu ermöglichen, werden intensive Vorbereitungsarbeiten und Planungen für alle notwendigen organisatorisch-logistischen Maßnahmen vorgenommen. Dabei muss sichergestellt werden, dass entsprechende Impfstoffe ordnungsgemäß gelagert, transportiert, abgegeben und verabreicht werden können. Zudem ist es nötig, Möglichkeiten zur systematischen und zeitnahen Dokumentation der Impfungen zu etablieren. Um hohe Durchimpfungsraten zu erreichen, werden die Impfungen niederschwellig angeboten, einen Schwerpunkt werden daher Impfungen in speziellen Settings, beispielsweise am Arbeitsplatz, darstellen.

### **13.2.2 COVID-19-Impfstoffentwicklung**

Impfstoffe stehen nach Erteilung einer europäischen Marktzulassung in Österreich zur Verfügung. Mit Stand 4. 3. 2021 stehen in Österreich zwei mRNA-Impfstoffe, Comirnaty der Firma BioNTech/Pfizer (Zulassung am 21. 12. 2020) und COVID-19 Vaccine Moderna (Zulassung am 6. 1. 2021) sowie ein Vektorimpfstoff namens COVID-19 Vaccine AstraZeneca (Zulassung 29. 1. 2021) zur Verfügung.

Es wird weiterhin weltweit intensiv an einem Impfstoff gegen COVID-19 gearbeitet: mit Stand 2. 3. 2021 befinden sich laut WHO 76 Impfstoffkandidaten in klinischer Entwicklung, davon bereits 12 Impfstoffkandidaten in der klinisch bedeutsamen Phase 3 (bzw. Phase 2/3) der Impfstofftestung. Diese Angaben entsprechen einer Momentaufnahme und bedürfen ständiger Aktualisierung. Weitere 182 Impfstoffprojekte werden derzeit präklinisch erprobt. Dabei kommen unterschiedliche Impfstofftechnologien wie beispielsweise vektorbasierte Impfstoffe, mRNA-Impfstoffe oder Protein-Subunit-Impfstoffe zum Einsatz. [167]

Anträge auf Impfstoffzulassungen für COVID-19-Impfstoffe können derzeit bei der Europäischen Arzneimittelbehörde, EMA, beschleunigt abgewickelt werden [168]. Das bedeutet nicht, dass dabei weniger Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit der Impfstoffe vorgelegt werden müssen als bei anderen Zulassungsverfahren, sondern dass in den Impfstofftestungen manche Studien, die normalerweise nacheinander durchgeführt werden, derzeit auch parallel angelegt werden, um schneller zu Daten zu kommen. In einem Rolling-Review-Prozess können zudem der Arzneimittelbehörde laufend Studiendaten übermittelt werden, damit diese bereits evaluiert und Begutachtungsverfahren letztendlich zusätzlich beschleunigt werden können. Die Arzneimittelbehörde arbeitet mit Hochdruck daran, Zulassungsanträge unter Berücksichtigung aller in der EU gültigen regulatorisch-wissenschaftlichen Vorgaben und Gesetzmäßigkeiten zu begutachten.

### **13.2.3 COVID-19-Impfstoffbeschaffung**

Um zu gewährleisten, dass Österreich die ersten verfügbaren und zugelassenen Impfstoffe erhält, beteiligt sich Österreich an einer gemeinsamen Beschaffung auf europäischer Ebene, in die alle 27 EU-Mitgliedstaaten eingebunden sind.

Am 17. Juni 2020 hat die Europäische Kommission (EK) die europäische Impfstoffstrategie verabschiedet, um die Versorgung mit qualitativ hochwertigen, sicheren, wirksamen und

erschwinglichen Impfstoffen zu sichern. Dabei vereinbart die EK im Auftrag der Mitgliedstaaten Vorkaufverträge (advance purchase agreements, APAs) mit Impfstoffherstellern, welche den Mitgliedstaaten das Recht einräumen, eine bestimmte Anzahl von Impfstoffdosen zu einem bestimmten Preis zu erwerben, sobald diese zur Verfügung stehen [169]. Alle Mitgliedstaaten haben sich bereiterklärt, an der Impfstoffinitiative teilzunehmen, wobei Österreich den Kovorsitz des zuständigen Lenkungsausschusses innehat.

Um die Risiken u. a. einer verzögerten Marktzulassung breiter zu streuen, wurden Verhandlungen über Vorkaufverträge mit verschiedenen Impfstoffherstellern geführt, welche sich bei der Entwicklung unterschiedlicher Technologien und Entwicklungsansätze bedienen. Innerhalb der EU werden die reservierten und zur Verfügung stehenden Liefermengen jeweils nach Bevölkerungsanteil aufgeteilt, so dass Österreich rund zwei Prozent der zur Verfügung stehenden Impfstoffdosen zustehen.

#### **13.2.4 COVID-19-Priorisierung**

Anfangs stehen nicht ausreichend Impfstoffe zur Verfügung, um alle Menschen in Österreich gleichzeitig zu impfen. Um den idealen Effekt der Impfung im individuellen und bevölkerungsbezogenen Infektionsgeschehen zu erreichen, kann der bevorzugte Einsatz von spezifischen Impfstoffen in definierten Personengruppen erforderlich sein. So ist eine medizinisch-fachliche Impfpflicht notwendig, welche auf den wissenschaftlichen Daten und Eigenschaften des Impfstoffs, seinem Nutzen-Risiko-Profil sowie der epidemiologischen Lage aufbaut. Die Erstellung dieser Fachempfehlung erfolgt laufend in enger Abstimmung mit dem Nationalen Impfgremium (NIG), das als Kommission laut § 8 Bundesministerengesetz den für Gesundheit zuständigen Minister in allen fachlichen Fragen zum Thema Impfen berät.

Das NIG empfiehlt die Priorisierung zum Einsatz von COVID-19-Impfstoffen aus medizinisch-fachlicher Sicht, um jene Personen frühestmöglich mit Impfungen gegen COVID-19 zu schützen, welche entweder ein besonders hohes Risiko haben, schwer zu erkranken oder zu versterben, oder welche ein besonders hohes beruflich bedingtes Ansteckungsrisiko bei gleichzeitiger Angehörigkeit zur kritischen Infrastruktur (Gesundheits-, Pflegepersonal etc.) haben. Mit dieser Priorisierung soll sichergestellt sein, dass unter Berücksichtigung eingeschränkter Impfstoffverfügbarkeit die Krankheitslast durch COVID-19 reduziert wird, schwere Fälle und Todesfälle vermieden werden, das Gesundheitssystem entlastet wird und die Impfstoffe dabei gleichzeitig medizinisch

sinnvoll, gerechtfertigt und auch ethisch vertretbar eingesetzt werden. Ziel ist es demnach, dass jede Person geimpft wird, für welche die Impfung empfohlen wird. Basierend auf dieser fachlichen Impfeempfehlung, den verfügbaren Dosen und definierten Zielgruppen ist im Rahmen des COVID-19-Impfplans festgelegt, wer wann geimpft werden kann.

### **13.2.5 COVID-19-Impfplan**

Der COVID-19-Impfplan ist die verbindliche Leitlinie für die impfenden Stellen in Österreich. Die angeführten Priorisierungen basieren auf der Grundlage der medizinisch-fachlichen Empfehlungen durch das nationale Impfgremium (NIG) und sind im Rahmen der faktischen Möglichkeiten und der logistischen Notwendigkeiten sowie der effizienten Nutzung der vorhandenen Impfstoffe umzusetzen.

Um ein österreichweit einheitliches Vorgehen bei den Impfungen, aber mit Möglichkeiten der Flexibilität für die einzelnen Bundesländer zu gewährleisten, wurde die Umsetzung der COVID-19-Impfungen in drei Phasen unterteilt, wobei es hier auch zu Überlappungen der einzelnen Phasen kommen kann.

Phase 1 läuft voraussichtlich bis ins zweite Quartal 2021 und ist charakterisiert durch geringe Mengen verfügbaren Impfstoffs, komplexe Liefer- und Lagerbedingungen für die verfügbaren Impfstoffe sowie einen daraus resultierenden Schwerpunkt auf der Durchführung der Impfungen in institutionellen Settings.

Phase 2 beginnt Mitte März und ist charakterisiert durch eine – in Bezug auf Menge und Logistik – verbesserte Verfügbarkeit von Impfstoffen, wodurch vereinzelt eine Überlastung für die Impfstellen auftreten kann. Die Impfungen sollen daher zusätzlich zu ihrer Verabreichung in den bereits bestehenden Impfstellen der Bundesländer ab der Phase 2 bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie in lokalen Impfstellen durchgeführt werden.

Phase 3 beginnt voraussichtlich ab Mitte des zweiten Quartals 2021 und zeichnet sich durch eine großflächige Impfstoffverfügbarkeit aus, wodurch mit einer breitflächigen Impfung der Bevölkerung begonnen werden kann.

Die ersten Impfungen wurden in Österreich am 27. Dezember 2020 verabreicht. Damit wurde die Phase I der Umsetzung von COVID-19-Schutzimpfungen eingeläutet. Bis 4. März

2021 00:00 Uhr wurden bereits rund 722.990 Corona-Schutzimpfungen in Österreich verabreicht. 481.361 Menschen, d. h. ca. 6,4 % der impfbaren Bevölkerung haben eine erste Dosis erhalten, und 241.629 Menschen haben die für einen vollständigen Impfschutz notwendigen zwei Impfdosen erhalten.

### **13.2.6 Influenza-Impfungen während der COVID-19-Pandemie**

In der Influenza-Saison 2020/2021 erschien die Vermeidung der Transmission von Influenzaviren in Österreich von besonders hoher Wichtigkeit, um bei zeitgleicher Zirkulation von Influenzaviren und SARS-CoV-2 eine Reduktion von influenzabedingt hospitalisierten Patientinnen und Patienten zu erreichen und damit die Belastung des Gesundheitssystems zu reduzieren, Koinfektionen zu vermeiden und Differenzialdiagnosen zu erleichtern.

Kinder spielen eine wichtige Rolle bei der Übertragung und Verbreitung der Influenza, die Influenza-Impfung von Kindern kann daher auch Erkrankungen in anderen Altersgruppen verhindern. In der Saison 2020/2021 wurde die Influenza-Impfung daher erstmals in das kostenfreie Kinderimpfprogramm aufgenommen: Neben dem Schutz der Kinder selbst vor Erkrankung, schweren Verläufen und schlimmstenfalls dem Tod verfolgt man damit das Ziel einer Reduktion der Transmission von Influenzaviren durch Kinder auf Erwachsene und besonders auf Seniorinnen und Senioren, um schwere Verläufe und Hospitalisierungen zu reduzieren. Um die Krankheitslast in der hochvulnerablen Personengruppe über 65 Jahre in Alten- und Pflegeheimen zu reduzieren und Hospitalisierungen zu vermeiden, werden zusätzlich Hochdosis-Influenza-Impfstoffe für diese vulnerable Personengruppe zur Verfügung gestellt.

Diese beiden Impfprogramme sollen als Ergänzung zu Impfangeboten an öffentlichen Impfstellen, über Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber und am Privatmarkt dazu beitragen, die Influenza-Transmission in Österreich bestmöglich zu verringern und schwere Krankheitsfälle sowie Hospitalisierungen durch Influenza während der Influenza-Saison 2020/2021 zu verhindern.



### 13.2.7 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Geschäftsordnung des Nationalen Impfgremiums [170]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Nationales-Impfgremium.html">https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Nationales-Impfgremium.html</a>
Empfehlung Influenza-Impfung (Grippeimpfung) Saison 2020/2021 [171]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfempfehlungen-Allgemein/Empfehlung-Influenza-Impfung-(-Grippeimpfung)-Saison-2020-2021.html">https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfempfehlungen-Allgemein/Empfehlung-Influenza-Impfung-(-Grippeimpfung)-Saison-2020-2021.html</a>
COVID-19 Impfplan [92]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Durchfuehrung-und-Organisation.html">https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Durchfuehrung-und-Organisation.html</a>
Durchführung der Corona-Schutzimpfung – Impfplan [172]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Durchfuehrung-und-Organisation.html">https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Durchfuehrung-und-Organisation.html</a>
COVID-19-Impfungen: Priorisierung des Nationalen Impfgremiums [173]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Fachinformationen.html</a>
COVID-19-Impfungen: Anwendungsempfehlungen des Nationalen Impfgremiums [174]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Fachinformationen.html">https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Fachinformationen.html</a>
Mobile Impfteams und Reihenimpfungen [175]	BMSGPK	<a href="https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Durchfuehrung-und-Organisation.html">https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Durchfuehrung-und-Organisation.html</a>

# 14 Schulungen und Pandemieübungen

Stand: 9. 2. 2021

## 14.1 Einleitung

Jede Dienstgeberin und jeder Dienstgeber ist für die Ausbildung oder Schulung seines Personals in Bezug auf Ausnahmesituationen wie z. B. eine Pandemie zuständig. Die Abhaltung von Übungen zur Überprüfung diesbezüglicher Kenntnisse und Abläufe ist notwendig. Dabei kann eine sektorielle und intersektorielle Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Dienstgeberinnen und Dienstgebern zielführend sein und Ressourcen einsparen.

## 14.2 Schulungen

Für eine bestmögliche Vorbereitung auf Ausnahmesituationen wie eine Pandemie sind die in der Ausbildung erlernten Fähigkeiten durch regelmäßige Schulungen zu vertiefen. Sowohl Personal als auch Organisationen sind auf den Ernstfall vorzubereiten. Interpandemisch ist daher neben der kontinuierlichen Vermittlung aktuellen Fachwissens eine regelmäßige Schulung insbesondere des Gesundheitspersonals zur Erprobung und Festigung bestimmter Abläufe notwendig. Ein geeignetes Maß an interpandemischen Schulungen kann im Anlassfall der Stressreduktion dienen und somit zusätzlichem Personalausfall vorbeugen.

Derzeit sind Schulungen in epidemiologischen Methoden im Rahmen von Kursen, Trainings beim ECDC, Fortbildungsveranstaltungen von Amtsärztinnen und Amtsärzten sowie Fortbildungskursen verschiedener Anbieterinnen und Anbieter möglich.

Im Rahmen der SKKM-Schulungen (Staatliches Krisen- und Katastrophenmanagement) besteht die Möglichkeit, das Szenario „Pandemie“ ins Modul 2, „Führen im Einsatz“, verstärkt einzubinden und eine Teilnahme des involvierten Personals zu forcieren.

Seit 2015 wird an einem gemeinsamen Onlinetool für die amtsärztliche Ausbildung in den Bundesländern gearbeitet. Der Lehrplan ist in Module eingeteilt, die u. a. den Infektionsschutz und das medizinische Krisenmanagement beinhalten.

### 14.3 Pandemieübungen

Übungen sollen dem involvierten Personal (Gesundheitspersonal, Amtsärztinnen und Amtsärzten) und den Organisationen Sicherheit für den Ernstfall vermitteln. Mögliche Probleme und Pannen und allfällige Planungsdefizite können bei der Durchführung von Übungen rechtzeitig erkannt und beseitigt werden. Übungen sind auf lokaler Ebene, regional und bundesweit sinnvoll. Es kann auch nützlich sein, mit den Nachbarstaaten oder auf EU-Ebene Übungen abzuhalten, um den internationalen Bereich abzudecken.

Gute Erfahrungen wurden bei der nationalen Influenzapandemieübung „Van Swieten“ (2006) und den beiden europäischen Pandemieübungen „COMMON GROUND“ (2005) und „AEOLUS“ (2008) gemacht.

Die Ergebnisse der Evaluierung solcher Übungen zeigen Verbesserungspotenzial auf und unterstützen zukünftige Planungen für Pandemiegeschehen.

### 14.4 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
WHO Simulation Exercise Manual [176]	WHO	<a href="https://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.10/en">https://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.10/en</a>
Handbook on simulation exercises in EU public health settings [177]	ECDC	<a href="https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/handbook-simulation-exercises-eu-public-health-settings">https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/handbook-simulation-exercises-eu-public-health-settings</a>

# 15 Beschaffung von Schutzausrüstung und Medizinprodukten in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Stand: 11. 2. 2021

## 15.1 Zusammenfassung

Um die bestmögliche Versorgung mit Schutzausrüstung und Medizinprodukten für die Bewältigung der COVID-19-Pandemie gewährleisten zu können, wurden die notwendigen Schritte für die Abdeckung der laufenden Versorgung sowie zur Bevorratung eines Grundstocks an Schutzausrüstungen und medizinischen Produkten gesetzt und werden die erforderlichen Rechtsgrundlagen derzeit erarbeitet.

Hierbei ist zwischen einer kurzfristigen Bevorratung für die Dauer der aktuellen Pandemie (COVID-19-Lager) und einer langfristigen Notfallversorgung für zukünftige Krisen (strategisches Lager) zu differenzieren. Ziel des COVID-19-Lagers, welches sich aus noch vorhandenen Beständen aus dem Bundeskontingent und notwendigen ergänzenden Beschaffungen im Wege der Bundesbeschaffung GmbH (BBG) zusammensetzt, ist die Bereithaltung eines „Notvorrats“ für die Dauer der aktuellen Pandemie. Das strategische Lager soll auch für zukünftige Krisen eine Bevorratung von Schutzausrüstung und Medizinprodukten sicherstellen.

## 15.2 Übersicht über das Beschaffungsprozedere im Frühjahr 2020

Durch die globale Gesundheitskrise der COVID-19-Pandemie waren im Gesundheitswesen etablierte Lieferkanäle versorgungsrelevanter Produkte teilweise unterbrochen und waren kritische Güter am Markt nicht verfügbar. Um dieser angespannten Marktsituation entgegenzuwirken, hat der Bund daher in Ergänzung der etablierten Beschaffungskanäle

der Bundesländer aufgrund der Dringlichkeit, Notwendigkeit und Alternativlosigkeit vorübergehend die Koordinierung und Sicherstellung der Beschaffung notwendiger Schutzausrüstungsprodukte, Verbrauchsmaterialien etc. übernommen.

Im Frühjahr 2020 wurde dafür ein unbürokratischer Prozess aufgesetzt, im Zuge dessen das Österreichische Rote Kreuz beauftragt wurde, den bundesweiten Bedarf an medizinischen Produkten und Schutzausrüstungen zur Versorgung der Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister gemeinsam mit dem BMSGPK zu erheben und die Beschaffung vorzunehmen. Das BMDW schloss einen entsprechenden Werkvertrag mit der ÖRK Einkaufs- und Service GmbH. Die so zentral beschafften medizinischen Produkte und Schutzausrüstungen wurden den Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern unentgeltlich zur Verfügung gestellt.

Mit Anfang Juli wurde in Hinblick auf die verbesserte Versorgungssituation dieser Prozess mit dem ÖRK beendet, und die Koordination in der Beschaffung von Schutzausrüstung ging auf Bundesebene auf die BBG über.

Um eine kontinuierliche Versorgung des gesamten Gesundheitssektors sowie des besonders vulnerablen Pflege- und Sozialbereichs während der COVID-19-Pandemie sicherzustellen und aufgrund der bisherigen Erfahrungen ist es erforderlich, hier auch weiterhin ein koordinatives Vorgehen auf Bundesebene zu gewährleisten.

### **15.3 Laufende Versorgung**

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass durch die Beschaffungsvorgänge seitens der jeweiligen Bedarfsträger im Wege der etablierten Beschaffungskanäle keine ausreichende Versorgung mit Schutzausrüstung und weiteren relevanten Produkten sichergestellt werden konnte. Während die Beschaffung im Wege des ÖRK in dieser ersten Phase alternativlos war, sollten für die weitere Dauer der COVID-19-Pandemie diese Beschaffungsvorgänge wieder auf der regionalen Ebene durchgeführt werden. Um dafür eine möglichst effiziente Versorgung mit Schutzausrüstung für die Dauer der Pandemie, die gleichzeitig eine hohe Krisensicherheit wie auch eine maximale Bedarfsorientierung gewährleistet, zu erreichen, sollen die in der Krise etablierten Strukturen der Länder wie auch der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) beibehalten werden. Aus verwaltungsökonomischen Gründen ist es zweckmäßig, dass die Länder und die ÖGK für die Dauer der COVID-19-Pandemie weiterhin die bisher durch sie berücksichtigten

Institutionen im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich mit Schutzausrüstung versorgen. Dafür können sie sich der BBG bedienen, welche die entsprechende Erfahrung bei der Ausschreibung und der Vergabe dieser Produkte besitzt.

Damit eine treffsichere Planung vorgenommen werden kann, ist eine Übersicht über die Bedarfssituation im Gesundheits- und Sozialbereich, aber auch allgemein in der Bundesverwaltung essenziell. Dies betrifft in besonderer Weise jene Bedarfsmengen, die im Wege der BBG beschafft werden sollen. Dabei sind insbesondere alle Institutionen im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich zu berücksichtigen, deren Bedarf – im Wege der Länder bzw. der ÖGK für den niedergelassenen Bereich – über die BBG abgedeckt werden soll. Für diese notwendige detaillierte Bedarfsermittlung sind neben dem laufenden Bedarf im Routinebetrieb auch etwaige Mehrbedarfe, bedingt durch COVID-19, sowie etwaige Lieferengpässe zu berücksichtigen. Die Bedarfserhebung im niedergelassenen Bereich erfolgt durch die jeweiligen Berufs- und Interessenvertretungen.

## **15.4 Bereithaltung kritischer Güter**

Die Erfahrungen des Frühjahrs 2020 haben auch gezeigt, dass aufgrund der volatilen Weltmarktsituation eine Vorbereitung auf zukünftige Engpässe unabdingbar ist. In Krisenzeiten sind etablierte Lieferkanäle oft unterbrochen bzw. nicht in der Lage, die benötigten Mengen an Schutzausrüstung und sonstigen notwendigen medizinischen Materialien zur Verfügung zu stellen. Ist das nicht gewährleistet, droht der Ausfall zentraler Funktionen unserer Gesellschaft, des öffentlichen Gesundheitssystems und der staatlichen Einrichtungen und Infrastruktur, mit entsprechend weitreichenden Folgen bis zu einer Gefährdung der inneren Sicherheit.

Daher soll in Ergänzung der Maßnahmen zur laufenden Versorgung auch ein Grundstock an Schutzausrüstungen und medizinischen Produkten vorrätig gehalten werden, um im Fall von Engpässen oder Bedarfsspitzen, diese für einen bestimmten Zeitraum ausgleichen und somit auch dem temporären Ausfall etablierter Beschaffungswege bestmöglich entgegenwirken zu können. Die Beschaffung, Verwaltung und Lagerung dieser kritischen Güter erfolgt durch das Bundesministerium für Landesverteidigung.

Es ist zwischen einer kurzfristigen Bevorratung für die Dauer der aktuellen Pandemie (COVID-19-Lager) und einer langfristigen Notfallversorgung für zukünftige Krisen (strategisches Lager) zu differenzieren.

### **15.4.1 COVID-19-Lager**

Das Ziel des COVID-19-Lagers ist die Bereithaltung eines „Notvorrats“ für die Dauer der aktuellen Pandemie. Es sollte unter Nutzung der einschlägigen Rahmenvereinbarungen der BBG und unter Wahrung der Rahmenbedingungen des Haushaltsrechts ein Vorhaben definiert werden, das diese vorausschauende Beschaffung für zukünftige Phasen der Pandemie sicherstellt. Im Unterschied zur Beschaffung im Frühjahr 2020 soll durch das COVID-19-Lager keine regelmäßige Versorgung der einzelnen Bedarfsträger erfolgen, sondern eine Krisenbevorratung, die im Bedarfsfall einen Ausgleich kurzfristiger Einschränkungen in der Versorgung mit Schutzausrüstung ermöglicht, die nicht durch die jeweiligen regionalen Krisenbevorratungen kompensiert werden können.

Dieses Lager soll sich aus noch vorhandenen Beständen aus dem Bundeskontingent (siehe Kapitel 15.2) und notwendigen ergänzenden Beschaffungen nicht in ausreichendem Ausmaß vorhandener kritischer Güter im Wege der BBG zusammensetzen. Gegen Ende der COVID-19-Pandemie wird das COVID-19-Lager auf das Ausmaß des strategischen Lagers rückgeführt.

Das Bundesheer als strategische Reserve des Staates Österreich ist durch seine langjährige Erfahrung und logistische Expertise die geeignete Institution, strategische Reserven an Schutzausrüstung für die Republik einzulagern und diese auch zu beschaffen.

Damit eine treffsichere Planung vorgenommen werden kann, ist eine enge Abstimmung mit den Plänen zur Lagervorhaltung auf Länderebene essenziell, und entsprechende regelmäßige Abfragen zur Lagerhaltung auf Bundeslandebene werden derzeit vom Bund durchgeführt.

### **15.4.2 Strategisches Lager**

Um auch für zukünftige Krisen die Resilienz zu erhöhen, ist eine strategische Bevorratung geplant, die einen Grundstock an kritischen Gütern umfasst, und zwar Schutzausrüstung und Medizinprodukte für den Gesundheits- und daran anschließenden Sozialbereich. Diesbezüglich ist eine Überführung des COVID-19-Lagers in dieses strategische Lager vorgesehen. Bereits im Sommer wurden auf Bundesebene neue diesbezügliche Prozesse beschlossen und initiiert.

## 15.5 Fazit und Ausblick

Die bestmögliche Versorgung mit Schutzausrüstung und Medizinprodukten ist für die weitere Bewältigung der COVID-19-Pandemie essenziell. Zu diesem Zweck wurden die notwendigen Schritte für die Abdeckung der laufenden Versorgung insbesondere im niedergelassenen Bereich sowie zur Bevorratung eines Grundstocks an Schutzausrüstungen und medizinischen Produkten gesetzt, und die erforderlichen Rechtsgrundlagen wurden bzw. werden auf Grundlage des entsprechenden Ministerratsvortrags vom 16. September 2020 derzeit erarbeitet.

## 15.6 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Ministerratsbeschluss 30/16 vom 16. 9. 2020 („Sicherstellung von Schutzausrüstung und Medizinprodukten für die COVID-19-Pandemie und zukünftige Krisen“) [178]	BKA	<a href="https://www.bundeskanzleramt.gv.at/medien/ministerraete/ministerraete-seit-jaenner-2020/30-ministerrat-am-16-september-2020.html">https://www.bundeskanzleramt.gv.at/medien/ministerraete/ministerraete-seit-jaenner-2020/30-ministerrat-am-16-september-2020.html</a>
Ministerratsbeschluss 27/43 vom 29. 7. 2020 („Österreichs Aktionsplan gegen eine zweite COVID-19-Welle“) [179]	BKA	<a href="https://www.bundeskanzleramt.gv.at/medien/ministerraete/ministerraete-seit-jaenner-2020/27-ministerrat-am-29-juli-2020.html">https://www.bundeskanzleramt.gv.at/medien/ministerraete/ministerraete-seit-jaenner-2020/27-ministerrat-am-29-juli-2020.html</a>
WHO COVID-19 Essential Supplies Forecasting Tool (ESFT) [180]	WHO	<a href="https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/covid-19-critical-items">https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/covid-19-critical-items</a>



# 16 Psychosoziale Faktoren – Maßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit in Zusammenhang mit Pandemien

Stand: 9. 2. 2021

## 16.1 Zusammenfassung

Im Verlauf einer Pandemie, und auch in ihrer Folge, ist von vielfältigen psychosozialen Belastungen der gesamten Bevölkerung auszugehen. Das Kapitel befasst sich mit den unterschiedlichen psychosozialen Interventionsebenen, der zeitlichen Abfolge möglicher Interventionen, Fragen des Monitorings der Situation, der Information der Öffentlichkeit und spezieller Zielgruppen, der Rolle von Hotlines und schließlich mit den speziellen Problemlagen junger Menschen.

## 16.2 Einleitung

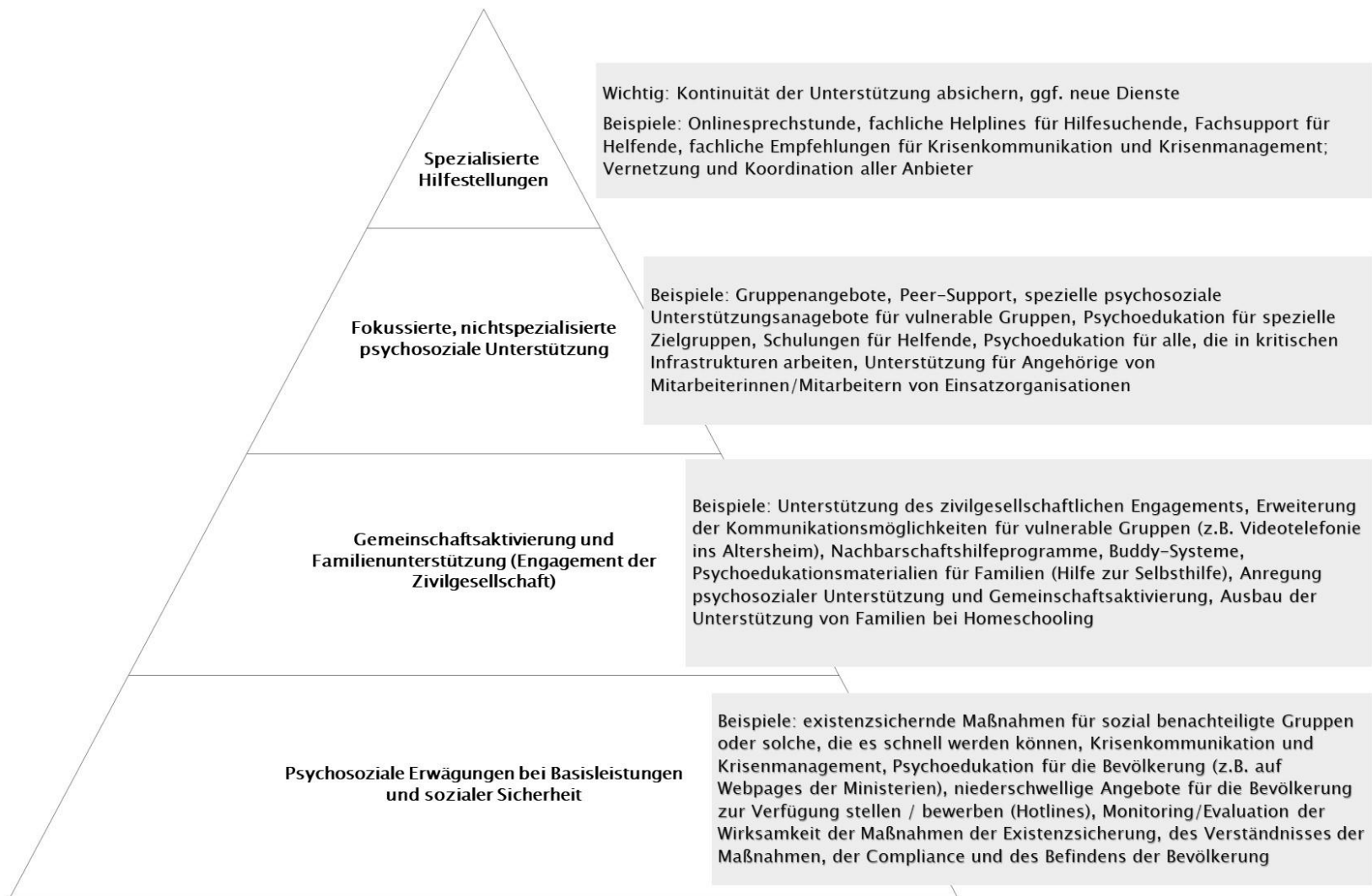
Die während einer Pandemie und auch im Anschluss daran zu verzeichnenden vielfältigen psychosozialen Belastungen der gesamten Bevölkerung entstehen einerseits durch die Pandemie selbst (Angst vor Ansteckung, Angst zu sterben, Sorge um Angehörige, Versterben naher Angehöriger), aber auch durch Maßnahmen zur Pandemieeindämmung (Bedrohung/Verlust der Existenzgrundlage, Einsamkeit und soziale Isolation, fehlende Tagesstruktur, Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung, erhöhter Stress durch beengte Wohnverhältnisse und durch Home-Office, insbesondere auch bei gleichzeitiger Kinderbetreuung in Verbindung mit Home-Schooling – und damit zusammenhängend das Risiko vermehrter Konflikte und häuslicher Gewalt) [181]. Neben der hier skizzierten Vulnerabilität der Allgemeinbevölkerung ist das Augenmerk auch auf Personen mit psychischen (Vor-)Erkrankungen zu richten, die als besonders vulnerable Gruppe zu betrachten sind. Es gibt Hinweise aus COVID-19-Studien [182], dass Personen mit

psychischen Erkrankungen ein höheres Risiko für Infektionen haben. Außerdem müssen sie wegen der mit psychischen Erkrankungen verbundenen Stigmatisierung oft höhere Zugangsbarrieren überwinden, um eine rasche und adäquate Krankenbehandlung zu erhalten.

### **16.3 Interventionsebenen und zeitliche Abfolge**

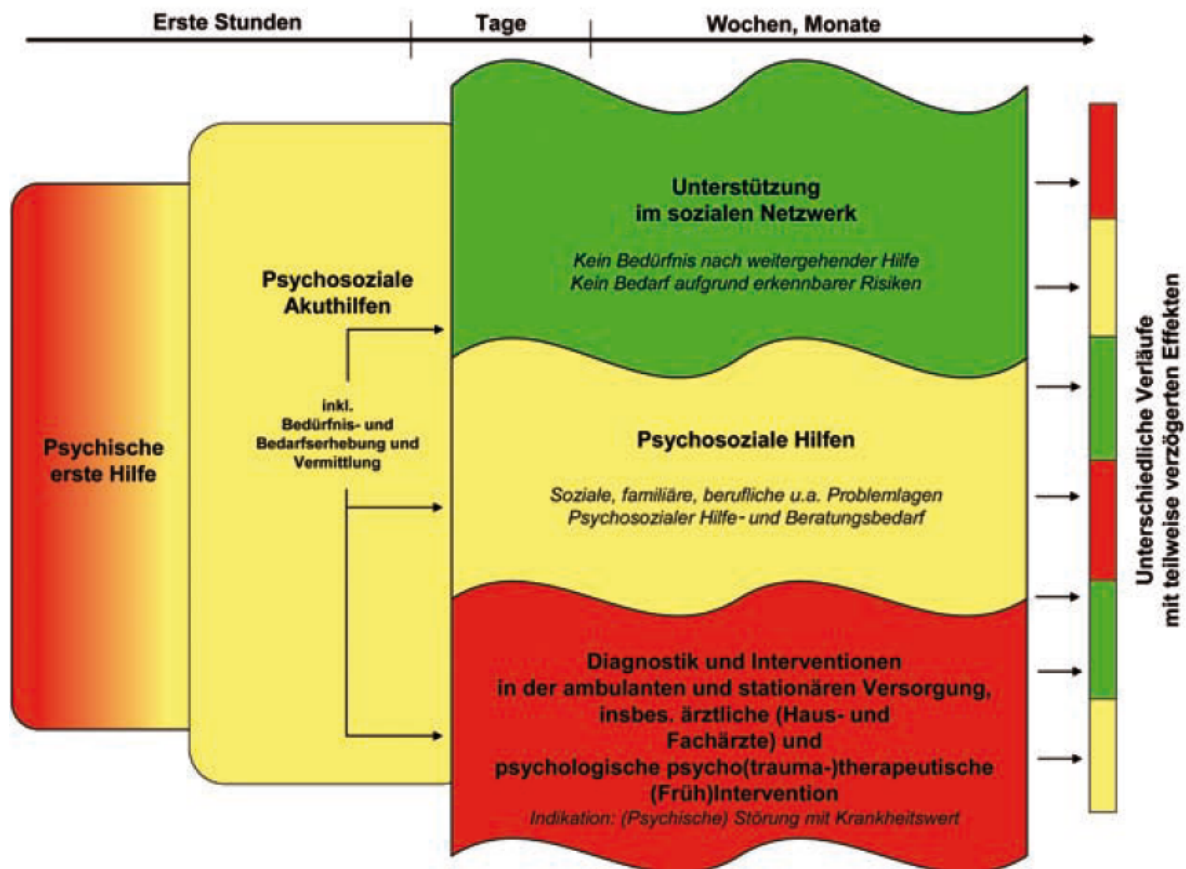
Psychosoziale Unterstützung im Rahmen von Katastrophen sollte laut internationalen Standards auf mehreren Ebenen angeboten werden [181, 183-185]. Abbildung 6 und Abbildung 7 zeigen exemplarische Maßnahmen auf den unterschiedlichen Ebenen sowie den zeitlichen Ablauf.

Abbildung 6: Interventionspyramide für psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung der IASC [185, 186]



Quelle: IASC 2020 [185, 186], überarbeitet durch GÖG

Abbildung 7: Psychosoziale Notversorgungsmaßnahmen im zeitlichen Ablauf [183]



Quelle und Copyright: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: Konsensus-Konferenz 2008 (modifiziert 2010) [183]

Die UN [181] empfiehlt in ihrem Policy-Paper folgende drei Hauptschritte:

1. **gesamtgesellschaftlicher Ansatz:** Monitoring der psychischen Gesundheit und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems; Inklusion psychosozialer Aspekte in den Gesamtkrisenplan; Schutz der Bevölkerung vor allem, was die psychische Gesundheit beeinträchtigen kann (z. B. häusliche Gewalt), etwa durch ökonomische Hilfestellungen, soziale Unterstützung; gute, transparente Krisenkommunikation
2. **Absichern breit angelegter und verfügbarer psychosozialer Notfallversorgung:** Unterstützen von Maßnahmen zur Erhöhung und Aufrechterhaltung von Solidarität und gemeinschaftlicher gegenseitiger Unterstützung; Ausbau von Distanzbetreuungsmöglichkeiten; Absichern kontinuierlicher Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen; Absichern der Menschenrechte von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen

3. **Erholung von der Krise unterstützen:** Förderung leistbarer, effektiver, gemeinschaftsbasierter Angebote psychosozialer Unterstützung; verstärkte Integration von Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der psychischen Gesundheit in Gesamtkonzepte der Gesundheitsversicherungen; Verstärkung von Forschung und Evaluierung

Im Folgenden werden besonders zentrale Maßnahmen aus diesen drei Bereichen näher beschrieben.

### **16.3.1 Ad 1: Gesamtgesellschaftlicher Ansatz**

#### **16.3.1.1 Monitoring der Lage und Verankerung im Krisenstab**

Psychosoziale Belastungen sind eine direkte Folge krisenhafter Ereignisse wie Pandemien. Eine Verankerung des Themas in Krisenstäben ist daher besonders wichtig. Im Zuge der COVID-19-Krise hat die Stadt Wien beispielsweise sogar einen eigenen psychosozialen Krisenstab eingerichtet. Eine zentrale Herausforderung dabei ist die derzeit noch sehr dünne Datenlage in Bezug auf aktuelle psychosoziale Probleme in der Gesellschaft – ein Problem, das in allen COVID-19-bezogenen Arbeitsgruppen thematisiert wurde, weswegen die UN [181] ein Monitoringsystem fordern.

Die psychosozialen Belastungen durch Krisenereignisse und deren Folgen können aktuell nur geschätzt werden. Anders als etwa bei Infektionszahlen ist es hier nicht möglich, tagesaktuelle Zahlen vorzulegen. Einschlägige Studien aus früheren Pandemien [187] zeigen, dass der Peak der psychosozialen Belastungen und Belastungsreaktionen erst beim Abflauen der physischen Bedrohung (z. B. infolge der Infektionszahlen) erreicht wird. Auch wirtschaftliche Folgen für die Einzelne bzw. den Einzelnen treten in vielen Fällen erst verspätet auf (Kreditstundungen, Arbeitslosigkeit, Rezession ...).

Zur Verbesserung der Datenlage ist ein geeignetes Indikatorenset zu erstellen, das einem regelmäßigen Monitoring unterzogen werden kann. Eine entsprechende Compliance für das Zurverfügungstellen der Daten ist vorab zu erreichen. Die Ergebnisse sollen ähnlich jenen des Monitorings der COVID-19-Erkrankungen in Form übersichtlicher Factsheets mit integrierten Info-Grafiken nach dem jeweiligen Ist-Stand in den einzelnen Bundesländern sowie für Österreich gesamt aufbereitet werden.

### 16.3.1.2 Information für die Allgemeinheit und Risikogruppen / vulnerable Gruppen

In Krisensituationen wie einer Pandemie sind Informationen über die Lage und darüber, wie man damit umgehen kann, von großer Bedeutung. Diese Informationen bzw. Hinweise, wie man selbst zur psychosozialen Gesundheit beitragen kann, sollten über zentrale Websites des Landes verfügbar sein. Im Zuge der COVID-19-Krise wurden Texte der WHO und anderer internationaler Organisationen von österreichischen Expertinnen und Experten adaptiert und auf Webportalen zur Verfügung gestellt (z. B. auf [https://www.oesterreich.gv.at/public/Seelische\\_Gesundheit.html](https://www.oesterreich.gv.at/public/Seelische_Gesundheit.html) und auf <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html> [130, 188].

Personen mit psychischen Erkrankungen haben ein höheres Risiko für Infektionen [182], auch in Bezug auf COVID-19, wie Daten aus China [189] zeigen. Mögliche Erklärungen dafür sind eingeschränkte kognitive Funktionen, fehlendes Risikobewusstsein, mangelnde Schutzmaßnahmen und ungünstige Bedingungen in stationären psychiatrischen Einheiten. Personen mit einer COVID-19-Erkrankung und einer bestehenden psychischen Erkrankung müssen außerdem wegen der mit Letzterer verbundenen Stigmatisierung höhere Zugangsbarrieren überwinden, um eine rasche und adäquate Krankenbehandlung zu erhalten. Aufgrund der mit der psychischen Erkrankung häufig verbundenen Komorbiditäten (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, koronare Herzerkrankungen, Schmerz, Demenz) ist die Behandlung der Infektion zudem herausfordernder bzw. weniger wirksam. Schließlich besteht bei der Gruppe der Personen mit psychischen Erkrankungen noch die Herausforderung, die erforderlichen Behandlungsformen, die Medikation und die damit verbundenen Kontrolluntersuchungen (z. B. Blutuntersuchungen) auch in Zeiten sozialer Einschränkung und Isolation bzw. eingeschränkter medizinischer Versorgung aufrechtzuerhalten.[187].

Innerhalb der Gruppe der psychisch Erkrankten sind Personen mit folgenden Erkrankungen als **besonders vulnerabel** zu betrachten [189-192], [193]: Angst- und Zwangsstörungen, depressive Störungen und bipolare Störungen, Essstörungen, Suchterkrankungen, schizophrene Störungen (akutpsychotische Personen), Autismus, Lernstörungen.

**Kinder und Jugendliche** sowie **ältere Personen** (insbesondere pflegebedürftige Personen, mobil versorgt oder in Pflegeheimen) sind unabhängig von der Art ihrer psychischen Gesundheit/Erkrankung eine besonders vulnerable Gruppe in Krisenzeiten. Die UN [181] erwähnt Frauen, Gesundheitspersonal in der ersten Reihe („frontline workers“ –

besonders in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen) und junge Erwachsene als weitere vulnerable Gruppen.

## 16.3.2 Ad 2: Akuthilfen

### 16.3.2.1 Aufrechterhalten der bestehenden Angebote und Ausbau eines niederschweligen Zugangs zu psychosozialen Angeboten

Auf **Systemebene** geht es bei einer Pandemie vor allem um die Bewältigung folgender Herausforderungen im Zusammenhang mit der Versorgung von Personen, die psychische Erkrankungen aufweisen:

- **Fortführung und Sicherstellung** der regelmäßig erforderlichen **Behandlung** (insbesondere Aufrechterhaltung von tagesstrukturierenden Angeboten, mobilen und aufsuchenden Krisendiensten, Beratung und Psychotherapie; Vermeidung der Schließung von psychiatrischen Abteilungen und Rehabilitationsanstalten für psychisch kranke Menschen)
- Sicherstellung eines **niederschweligen Zugangs zum psychosozialen Versorgungssystem** (insbesondere für jene Personen, die damit bisher noch keinen Kontakt hatten): Ein sehr niederschwelliger Zugang zu psychosozialer Unterstützung kann über **Telefonhotlines und Chats** erfolgen. Die Zurverfügungstellung einer regional basierten österreichweiten, überkonfessionellen Hotline (inkl. Chat, E-Mail etc.) für psychosoziale Krisen mit 24/7-Erreichbarkeit und multiprofessioneller Besetzung ist zu prüfen. Ein Gesamtkonzept sollte neben Angeboten für spezifische Zielgruppen und Problemlagen (z. B. Suizidgedanken) auch Angebote der Selbsthilfe, Peerberatung, mehrsprachige Angebote und neu gestartete Initiativen wie Telefonketten beinhalten.
- Ausbau von telefonischen Hotlines und Onlineberatungs- und -therapieangeboten
- Sicherstellung der **medikamentösen Versorgung** (inkl. Substitutionsbehandlung) in allen Settings
- **Schutz** dieser Personengruppe vor einer Erkrankung, z. B. COVID-19 (allgemein und insbesondere in **stationären psychiatrischen Einrichtungen**)
- **rasche und adäquate somatische Behandlung** bei entsprechender Vorbereitung und psychosozialer Unterstützung psychisch kranker Patientinnen und Patienten, die (z. B. an COVID-19) erkrankt sind

### 16.3.2.2 Fokus Kinder / Jugendliche / junge Erwachsene

Verschiedene Medien- und Politikberichte gehen inzwischen davon aus, dass Kinder und Jugendliche die am stärksten indirekt betroffene Gruppe der COVID-19-Krise sind – vor allem in Bezug auf Gesundheit und Soziales [194]. Die UN bezeichnen die Pandemie als „Krise der Kinderrechte“ (UN News 2020) [195] – alle Kinder in allen Altersgruppen und allen Ländern sind betroffen, manche Kinder und Jugendliche aber stärker als andere.

Sollte eine weitere Phase der verstärkten Maßnahmen gegen eine Pandemie wie COVID-19 notwendig sein, ist es wichtig, diese Maßnahmen in Relation zu weiteren Aspekten der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu setzen. Generell sollten dabei immer zwei wesentliche Grundsätze befolgt werden:

- 
1. **Bei allen Maßnahmen soll stets das Kindeswohl (gemäß UN-Kinderrechtskonvention) berücksichtigt werden.**
  2. **Maßnahmen sollten möglichst evidenzbasiert entwickelt werden.**
- 

Folgende zehn Empfehlungen wurden unter Einbindung von Expertinnen und Experten definiert, um die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die (psychische) Gesundheit von **Kindern und Jugendlichen** möglichst gering zu halten:

- Kindergärten und Schulen nach Möglichkeit nicht flächendeckend schließen – und wenn, nur für sehr kurze Zeit
- weitestgehende Normalität beim Betrieb von Kindergärten, Schulen und Jugendzentren herstellen
- Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche schaffen
- die medizinische (Regel-)Versorgung sicherstellen und aktiv propagieren
- die Versorgung Neugeborener und ihrer Mütter sicherstellen
- Unterstützungsmaßnahmen für vulnerable Gruppen sicherstellen
- **niederschweligen Zugang zu Versorgungsangeboten im Bereich der psychischen Gesundheit sicherstellen**
- therapeutisches Angebot für chronisch kranke Kinder und Jugendliche sicherstellen
- häuslicher Gewalt entgegenwirken
- kind- und jugendgerechte Informationen entwickeln

Kinder und Jugendliche **mit psychischen (Vor-)Erkrankungen** gelten als besonders vulnerabel, weil für sie das Zusammenbrechen der gewohnten Alltagsstrukturen und eine



sich täglich ändernde, völlig ungewisse Situation schwerer zu ertragen sein können als für psychisch Gesunde. Zusätzlich kann die soziale Isolation die psychischen Krankheitsbilder weiter verstärken. Für Kinder mit Erkrankungen, die mit besonderer Unruhe einhergehen (können) wie z. B. ADHS, Autismus, geistige Retardierung, ist eine Isolationssituation besonders fordernd. Kinder und Jugendliche **mit psychisch kranken/labilen Eltern** sind besonders betroffen/gefordert/belastet, weil durch die aktuelle Situation sonstige Bewältigungsstrategien mitunter eingeschränkt sind und Unterstützungsmöglichkeiten fehlen. In Bezug auf die **psychische Gesundheit** von Kindern und Jugendlichen sind daher folgende Maßnahmen zentral:

- **Aufsuchende Beratung** soll (mit Sicherheitsmaßnahmen) weiterhin stattfinden, um auch Kinder und Jugendliche zu erreichen, die nicht aktiv um Hilfe suchen. Spezielle **Hotlines** für Jugendliche (wie z. B. Rat auf Draht) sollen **aufrechterhalten** bzw. gegebenenfalls ausgebaut werden.
- Das **Angebot** für die klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlung/Betreuung von Kindern und Jugendlichen (inkl. Ergotherapie, Logopädie) sowie die jüngste Entwicklung bezüglich psychotherapeutischer und klinisch-psychologischer Onlinebehandlungen für Kinder und Jugendliche (über Skype bzw. verschiedene IT-Lösungen) sollte aufrechterhalten bzw. **weiter ausgebaut werden**.
- Um Kindern und Jugendlichen die Bewältigung der Corona-Pandemie zu erleichtern, sollten zudem Programme zur **Förderung von Resilienz** entwickelt und umgesetzt werden.

### **16.3.3 Ad 3: Langfristige Hilfen – Ausblick**

Zur Verbesserung der in den Kapiteln 16.3 bis 16.3.2 skizzierten Herausforderungen in Hinblick auf psychosoziale Faktoren werden seitens des BMSGPK folgende nächste Schritte gesetzt: Im Rahmen des Pakets „Psychosoziale Gesundheit – COVID-19“ sollen die Umsetzung eines Konzepts zur gesamthaften Lösung der psychotherapeutischen Versorgung, eine Lösung zu einer österreichweiten Hotline für psychosoziale Krisen sowie ein Monitoringkonzept zur Verbesserung der epidemiologischen Datenlage im Bereich der psychosozialen Gesundheit erarbeitet und umgesetzt werden.

Konkret soll auf Basis der Ergebnisse einer Umfeld- und Bedarfsanalyse unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten (inkl. Erfahrungsexpertinnen und -experten) ein Konzept zur Optimierung der Erreichbarkeit der psychosozialen Hotlines erarbeitet

werden. Für den Bereich der spezialisierten Hotlines kann hierbei bereits auf umfangreiche Vorarbeiten zu einer technischen Lösung einer österreichweiten Suizidpräventionshotline aufgebaut werden. Bei den Hotlines für die allgemeine Bevölkerung soll auf die Möglichkeit einer erweiterten Nutzung der Gesundheitsnummer 1450 (z. B. 1451) sowie auf die Möglichkeiten der im Konzept der gesamthaften Lösung für den Bereich Psychotherapie auf Krankenschein genannten Erstberatungs-/Clearingstellen Bedacht genommen werden.

Zur Verbesserung der Datenlage im Bereich der psychosozialen Gesundheit soll ein entsprechendes Konzept erarbeitet werden, in dem die Frage behandelt wird, welche Indikatoren und Datengrundlagen für eine regelmäßige Auswertung im Sinne eines „Frühwarnsystems“ geeignet sind. Das Ziel dabei ist, gemeinsam mit einer begleitenden Arbeitsgruppe unter Einbindung von Expertinnen und Experten aus den relevanten Bereichen ein geeignetes Indikatorenset zu erstellen, das einem regelmäßigen Monitoring unterzogen werden kann. Dabei sollen auch andere Initiativen aus den Bundesländern (z. B. aus Wien) berücksichtigt werden.

## 16.4 Zentrale Dokumente

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health 13 May 2020 [181]	UN	<a href="https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf">https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf</a>
IASC Reference Group MHPSS (2020). Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 Outbreak [185]	Inter-Agency Standing Committee. IASC Reference group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings	<a href="https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing">https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing</a>
Inter-Agency Standing Committee (IASC; 2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC. [184]	Inter-Agency Standing Committee	<a href="https://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf?ua=1">https://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf?ua=1</a>

Name des Dokuments	Herausgeber	Link
Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK; 2012). Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II (3. Auflage: 7.2012) [183]	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophen- hilfe (BBK)	<a href="https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Praxis_Bevoelkerungsschutz/PiB_7_PSNV_Qualit_stand_Leitlinien_Teil_1_2.pdf?blob=publicationFile">https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Praxis_Bevoelkerungsschutz/PiB_7_PSNV_Qualit_stand_Leitlinien_Teil_1_2.pdf?blob=publicationFile</a>

# 17 Fazit

Das vorliegende Dokument ist ein Living Document und gibt aktuell den Informationsstand des ersten Quartals 2021 wieder. Genaue Informationen zur jeweiligen Version/Aktualität finden sich in jedem Kapitel. Aktualisierungen werden entsprechend der Pandemieentwicklung gesammelt und gebündelt vorgenommen.

Die Pandemie zeichnet sich durch unterschiedliche Phasen und laufende Veränderungen aus. Erfahrungen im Umgang mit der Pandemie und pandemieassoziierten Fragestellungen nehmen zu, neue Entwicklungen finden statt und mehr Information und Evidenz stehen zur Verfügung. Veränderungen können beispielsweise die Beschaffenheit des Virus (z. B. Mutationen), die Therapie von COVID-19 (z. B. die Versorgung mit Medikamenten) oder die Prävention/Vorsorge (z. B. zur Verfügung stehende Impfstoffe) betreffen, aber auch Prozesse können sich weiterentwickeln (z. B. für Testungen, betreffend Impfung oder Kommunikation). Darüber hinaus können sich natürlich auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen verändern, die eine Auswirkung auf das Pandemiemanagement haben.

Im Sinne einer erweiterten Qualitätssicherung erfolgte ein externes Review durch Fachexpertinnen/Fachexperten zwischen Mitte November und Mitte Dezember 2020. Danach wurde das Dokument für ein weiteres Review den Landessanitätsdirektorinnen und -direktoren übermittelt.

# Literaturverzeichnis

- [1] WHO. WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning. World Health Organization; 2005.
- [2] ECDC. Influenza pandemic preparedness plans. <https://www.ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/preparedness/influenza-pandemic-preparedness-plans>: European Centre for Disease Prevention and Control, accessed 02.09.2020.
- [3] RKI. Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankung; 4.3.2020. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Ergaenzung\\_Pandemieplan\\_Covid.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.html): Robert Koch-Institut, accessed 21.09.2020.
- [4] BAG. Influenza-Pandemieplan Schweiz. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/pandemievorbereitung/pandemieplan.html>: Bundesamt für Gesundheit; 2018, accessed 18.02.2021.
- [5] Ministero della Salute. Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 2020.
- [6] BMSGPK. Neuartiges Coronavirus (COVID-19). <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Neuartiges-Coronavirus.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 21.09.2020.
- [7] Fehr AR, Perlman S. Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. *Methods Mol Biol.* 2015;1282: 1-23.
- [8] Kaniyala Melanthota S, Banik S, Chakraborty I, Pallen S, Gopal D, Chakrabarti S, et al. Elucidating the microscopic and computational techniques to study the structure and pathology of SARS-CoVs. *Microsc Res Tech.*, 2020.
- [9] Graham RL, Baric RS. Recombination, reservoirs, and the modular spike: mechanisms of coronavirus cross-species transmission. *J Virol.* 2010;84: 3134-3146.
- [10] WHO. Novel Coronavirus – China; 14 January 2020. <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>: World Health Organization, Geneva, accessed 18.02.2021.
- [11] WHO. WHO Statement regarding cluster of pneumonia cases in Wuhan, China; 9 January 2020. <https://www.who.int/china/news/detail/09-01-2020-who-statement-regarding-cluster-of-pneumonia-cases-in-wuhan-china>: World Health Organization, Geneva, accessed 18.02.2021.
- [12] Yin Y, Wunderink RG. MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. *Respirology (Carlton, Vic).* 2018;23(2): 130-137.

- [13] RKI. Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19; Stand 27.11.2020 [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html) Robert Koch-Institut, accessed 09.12.2020.
- [14] Moriyama M, Hugentobler WJ, Iwasaki A. Seasonality of Respiratory Viral Infections, 20 March 2020. *Annu Rev Virol*.
- [15] Dbouk T, Drikakis D. On coughing and airborne droplet transmission to humans. *Physics of Fluids*. 2020;32(5): 053310.
- [16] Asadi S, Wexler AS, C.D. C, Barreda S, Bouvier NM, Ristenpart WD. Aerosol emission and superemission during human speech increase with voice loudness. *Sci Rep*. 2019;9(1): 2348.
- [17] Anfinrud P, Stadnytskyi V, Bax CE, Bax A. Visualizing Speech-Generated Oral Fluid Droplets with Laser Light Scattering. *The New England journal of medicine*. 2020.
- [18] Ji Y, Qian H, Ye J, Zheng X. The impact of ambient humidity on the evaporation and dispersion of exhaled breathing droplets: A numerical investigation. *Journal of aerosol science*. 2018;115: 164-172.
- [19] Haslbeck K, Schwarz K, Hohlfeld J, Seume J, Koch W. Submicron droplet formation in the human lung. *Journal of aerosol science*. 2010;41: 429-438.
- [20] Leclerc QJ, Fuller NM, Knight L, E., CC-W. G, Funk S, Knight GM. What settings have been linked to SARS-CoV-2 transmission clusters? *Wellcome open research*. 2020;5: 83.
- [21] Hamner L, Dubbel P, Capron I, Ross A, Jordan A, Lee J, et al. High SARS-CoV-2 Attack Rate Following Exposure at a Choir Practice - Skagit County, Washington, March 2020. *MMWR Morbidity and mortality weekly report. Weekly*. 2020;69(19): 606-610.
- [22] Streek H, Schulte B, Kümmerer B, Richter E, Höller T, Fuhrmann C, et al. Infection fatality rate of SARS-CoV-2 infection in a German community with a super-spreading event. *MedRxiv preprint*. 2020.
- [23] Liu L, Li Y, Nielsen PV, Wei J, Jensen RL. Short-range airborne transmission of expiratory droplets between two people. *Indoor air*. 2017;27(2): 452-462.
- [24] ECDC. Transmission of COVID-19; 30 June 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/transmission>: European Centre for Disease Prevention and Control, accessed 23.09.2020.
- [25] ECDC. Factsheet for health professionals on Coronaviruses, 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/factsheet-health-professionals-coronaviruses>: European Centre for Disease Prevention and Control, accessed 18.02.2021.
- [26] RKI. SARS-CoV-2: Virologische Basisdaten sowie Virusvarianten; Stand: 25.01.2021. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Virologische\\_Basisdaten.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virologische_Basisdaten.html): Robert Koch-Institut, accessed 15.02.2021.
- [27] ECDC. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – seventh update; 25 March 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-seventh-update-Outbreak-of-coronavirus-disease-COVID-19.pdf>: European Centre for Disease Prevention and Control; 2020, accessed 18.11.2020.

- [28] Petersen E, Koopmans M, Go U, Hamer DH, Petrosillo N, Castelli F, et al. Comparing SARS-CoV-2 with SARS-CoV and influenza pandemics. *The Lancet Infect Dis.* 2020;20(9): e238-e244.
- [29] ECDC. Risk Assessment: Risk related to the spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA – first update (21 Jan. 2021). <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-risk-assessment-spread-new-variants-concern-eueea-first-update>: European Centre for Disease Prevention and Control; 2021, accessed 10.02.2021.
- [30] Backer JA, Klinkenberg D, Wallinga J. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(5).
- [31] Bohmer MM, Buchholz U, Corman VM, Hoch M, K. K, Marosevic DV, et al. Investigation of a COVID-19 outbreak in Germany resulting from a single travel-associated primary case: a case series. *The Lancet Infectious diseases.* 2020.
- [32] Ferretti L, Wymant C, Kendall M, Zhao L, Nurtay A, Abeler-Dörner L, et al. Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing. *Science.* 2020;368: 6491.
- [33] He X, Lau EHY, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature medicine.* 2020;26(5): 672-675.
- [34] HIQA. Evidence summary for the incubation period of COVID-19, or time to first positive test, in individuals exposed to SARS-CoV-2; 4 November 2020. <https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2020-11/Evidence-summary-for-the-incubation-period-of-COVID-19.pdf>: Health Information and Quality Authority, accessed 09.11.2020.
- [35] Ortolan A, Lorenzin M, Felicetti M, Doria A, Ramonda R. Does gender influence clinical expression and disease outcomes in COVID-19? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases.* 2020;99: 496-504.
- [36] Takahashi T, Ellingson MK, Wong P, Israelow B, Lucas C, Klein J, et al. Sex differences in immune responses that underlie COVID-19 disease outcomes. *Nature.* 2020.
- [37] Madewell ZJ, Yang Y, Longini IM, Jr., Halloran ME, Dean NE. Household transmission of SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis of secondary attack rate. *medRxiv Preprint* 2020 Jul 31.
- [38] Posfay-Barbe KM, Wagner N, Gauthey M, Moussaoui D, Loevy N, Diana A, et al. COVID-19 in Children and the Dynamics of Infection in Families. *Pediatrics.* 2020;146(2): e20201576.
- [39] Flick H, Arns BM, Bolitschek J, Bucher B, Cima K, Gimgrich E, et al. Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP). Management von Patienten mit SARS-CoV-2-Infektionen und von Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen während der COVID-19-Pandemie (Stand 27.04.2020). *Wiener klinisches Magazin.* 2020;23: 115-92.
- [40] Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, ., Place S, Van Laethem Y, Cabaraux P, Mat Q, et al. Clinical and Epidemiological Characteristics of 1,420 European Patients with mild-to-moderate Coronavirus Disease 2019, April 30. *Journal of internal medicine.* 2020.

- [41] Rajapakse N, Dixit D. Human and novel coronavirus infections in children: a review. *Paediatrics and International Child Health*. 2020: 1-20.
- [42] Patel NA. Pediatric COVID-19: Systematic review of the literature. *American journal of otolaryngology*. 2020;41(5): 102573.
- [43] Raba AA, Abobaker A, Elgenaidi IS, Daoud A. Novel coronavirus infection (COVID-19) in children younger than one year: A systematic review of symptoms, management and outcomes, Jun 17. *Acta Paediatr*. 2020.
- [44] Mantovani A, Rinaldi E, Zusi C, Beatrice G, Saccomani MD, Dalbeni A. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in children and/or adolescents: a meta-analysis, 2020/06/17. *Pediatric Research*. 2020.
- [45] Helms J, Kremer S, Merdji H, Clere-Jehl R, Schenck M, Kummerlen C, et al. Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection. *New England Journal of Medicine*. 2020.
- [46] Batlle D, Solert MJ, Sparks MA, Hiremath S, South AM, Welling PA, et al. Acute Kidney Injury in COVID-19: Emerging Evidence of a Distinct Pathophysiology. *Journal of the American Society of Nephrology*, ASN2020040419. 2020.
- [47] Cummings MJ, Baldwin MR, Abrams D, Jacobson SD, Meyer BJ, Balough EM, et al. Epidemiology, clinical course, and outcomes of critically ill adults with COVID-19 in New York City: a prospective cohort study, 2020/05/19. *The Lancet*. 2020.
- [48] Driggin E, Madhavan MV, Bikdeli B, Chuich T, Laracy J, Bondi-Zoccai G, et al. Cardiovascular Considerations for Patients, Health Care Workers, and Health Systems During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. 2020/03/19/. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020.
- [49] Website CSSE and JHU. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>, accessed 09.12.2020.
- [50] Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, Cochran KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *European journal of epidemiology*. 2020;Dec. 8: 1-16.
- [51] Cevik M, Kuppalli K, Kindrachuk J, Peiris M. Virology, transmission, and pathogenesis of SARS-CoV-2. *BMJ*. 2020;371:m3862.
- [52] Kellam P, Barclay W. The dynamics of humoral immune responses following SARS-CoV-2 infection and the potential for reinfection. *The Journal of general virology*. 2020;101(8): 791-797.
- [53] Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*. 2020;581: 465-469.



- [54] Wajnberg A, Amanat F, Firpo A, Altman DR, Bailey MJ, Mansour M. Robust neutralizing antibodies to SARS-CoV-2 infection persist for months. *Science*. 2020;370(6521): 1227-1230.
- [55] Dan J, M., Mateus J, Kato Y, Hastie KM, Yu ED, Faliti CE. Immunological memory to SARS-CoV-2 assessed for up to 8 months after infection. *Science*. 2021;371(6529): eabf4063.
- [56] Hall V, Foulkes S, Charlett A, Atti A, Monk E, Simmons R, et al. Do antibody positive healthcare workers have lower SARS-CoV-2 infection rates than antibody negative healthcare workers? Large multi-centre prospective cohort study (the SIREN study), England: June to November 2020. Preprint at medRxiv. 2020.
- [57] Anft M, Paniskaki K, Blazquez-Navarro A, Doevelaar A, Seibert FS, Hoelzer B, et al. COVID-19 progression is potentially driven by T cell immunopathogenesis. Preprint at medRxiv. 2020.
- [58] Sekine T, Perez-Potti A, Rivera-Ballesteros O, Stralin C, Gorin J-B, Olsson A, et al. Robust T Cell Immunity in Convalescent Individuals with Asymptomatic or Mild COVID-19. *Cell*. 2020;183(1): 158-168.e14.
- [59] BMSGPK. Coronavirus - Fachinformationen. Behördliche Vorgangsweise bei SARS-CoV-2 Kontaktpersonen: Kontaktpersonennachverfolgung; Stand: 27.01.2021. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 15.02.2021.
- [60] BMSGPK. Coronavirus - Fachinformationen. Empfehlungen für die Gesundheitsbehörden im Umgang mit SARS-CoV-2-Infektionen im Kindes- und Jugendalter; 28.10.2020. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 30.10.2020.
- [61] BMSGPK. Coronavirus - Fachinformationen. Empfehlung des BMSGPK zur Erstellung einer individuellen COVID19 Risikoanalyse bezüglich eines schweren Krankheitsverlaufs; Stand: 22.04.2020. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html> Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 09.12.2020.
- [62] WHO. Managing epidemics. Key facts about major deadly diseases; 2018. <https://www.who.int/emergencies/diseases/managing-epidemics-interactive.pdf> World Health Organization, accessed 06.11.2020.
- [63] WHO. Pandemic Influenza Risk Management. A WHO guide to inform & harmonize national & international pandemic preparedness and response. [https://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza\\_risk\\_management\\_update2017/en/](https://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management_update2017/en/): World Health Organization; 2017, accessed 06.11.2020.
- [64] WHO. International Health Regulations (2005) Third Edition, 1 January 2016. <http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>: World Health Organization, accessed 24.09.2020.

- [65] AGES. AGES Dashboard COVID19. Datenstand des Epidemiologischen Meldesystems. <https://covid19-dashboard.ages.at/>: Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH, accessed 05..02.2021.
- [66] BMSGPK. Corona-Kommission. <https://corona-ampel.gv.at/corona-kommission/>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 14.12.2020.
- [67] WHO. COVID-19 Strategy update; 14 April 2020. <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-strategy-update>: World Health Organization, accessed 06.11.2020.
- [68] Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG), BGBl. Nr. 189/1955 idF BGBl. Nr. 18/1956 in der geltenden Fassung.
- [69] Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991 (WV) in der geltenden Fassung.
- [70] Gesetz vom 18. Dezember 1906, betreffend die Regelung des Apothekenwesens (Apothekengesetz), RGBl. Nr. 5/1907 in der geltenden Fassung.
- [71] Bundesgesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG), BGBl. Nr. 450/1994 idF BGBl. Nr. 457/1995 in der geltenden Fassung.
- [72] Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz über den Schutz der Arbeitnehmer/innen durch persönliche Schutzausrüstung (Verordnung Persönliche Schutzausrüstung – PSA-V), BGBl. II Nr. 77/2014 in der geltenden Fassung.
- [73] Bundesgesetz vom 2. März 1983 über die Herstellung und das Inverkehrbringen von Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG), BGBl. Nr. 185/1983 in der geltenden Fassung.
- [74] Bundesgesetz über die Einfuhr und das Verbringen von Arzneiwaren, Blutprodukten und Produkten natürlicher Heilvorkommen (Arzneiwareneinfuhrgesetz 2010 – AWEg 2010), BGBl. I Nr. 79/2010 in der geltenden Fassung.
- [75] Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998 in der geltenden Fassung.
- [76] Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997 in der geltenden Fassung.
- [77] Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitätergesetz - SanG), BGBl. I Nr. 30/2002 in der geltenden Fassung.
- [78] Bundesgesetz über das Inverkehrbringen von Mund-Nasen-Schnellmasken während der Corona COVID-19-Pandemie, BGBl. I Nr. 23/2020 in der geltenden Fassung.
- [79] Bundesgesetz über die Zahl, den Wirkungsbereich und die Einrichtung der Bundesministerien (Bundesministeriengesetz 1986 – BMG), BGBl. Nr. 76/1986 (WV) in der geltenden Fassung.

[80] Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) (allg. Kompetenzverteilung: Art. 10 Abs. 1 Z 7, 11 und 12, Art. 12, Art. 15 und Art. 17), BGBl. Nr. 1/1930 (WV) idF BGBl. I Nr. 194/1999 (DFB) in geltender Fassung.

[81] Bundesgesetz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmengesetz – COVID-19-MG), BGBl. I Nr. 12/2020 in der geltenden Fassung.

[82] Epidemiegesetz 1950 (EpiG), BGBl. Nr. 186/1950 (WV) in der geltenden Fassung.

[83] Bundesgesetz über die Beförderung gefährlicher Güter (Gefahrgutbeförderungsgesetz – GGBG), BGBl. I Nr. 145/1998 in der gelten Fassung.

[84] Bundesgesetz vom 3. Juli 1973 über die Entschädigung für Impfschäden (Impfschadengesetz), BGBl. Nr. 371/1973 in der gelten Fassung.

[85] Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über empfohlene Impfungen, BGBl. II Nr. 526/2006 in der geltenden Fassung.

[86] Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957 in der geltenden Fassung.

[87] Bundesgesetz betreffend Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz – MPG), BGBl. Nr. 657/1996 in der geltenden Fassung.

[88] EUR-Lex, European Union Law. Beschluss Nr. 1082/2013/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Oktober 2013 zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren und zur Aufhebung der Entscheidung Nr. 2119/98/EG. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/LSU/?uri=CELEX:32013D1082>: Europäische Kommission, accessed 07.12.2020.

[89] EUR-Lex, European Union Law. Verordnung (EU) Nr. 139/2014 der Kommission vom 12. Februar 2014 zur Festlegung von Anforderungen und Verwaltungsverfahren in Bezug auf Flugplätze gemäß der Verordnung (EG) Nr. 216/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX%3A32014R0139>, accessed 21.10.2020.

[90] Europäische Kommission. Beschluss Nr. 1082/2013/EU des Europäischen Parlaments und Rates vom 22. Oktober 2013 zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren und zur Aufhebung der Entscheidung Nr. 2119/98/EG im Amtsblatt der Europäischen Union. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness\\_response/docs/decision\\_serious\\_crossborder\\_threats\\_22102013\\_de.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/decision_serious_crossborder_threats_22102013_de.pdf), accessed 23.09.2020.

[91] WHO. Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>: World Health Organization, accessed 06.11.2020.

[92] BMSGPK. COVID-19 Impfplan. Version: 11.02.2021 <https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Durchfuehrung-und-Organisation.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 16.02.2021.

- [93] WHO. Sechstes Zukunftsforum zum Thema Krisenkommunikation. Reykjavik, Island, 10.–11. Mai 2004. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/90537/e85056g.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/90537/e85056g.pdf): World Health Organization, accessed 18.02.2021.
- [94] BMI Deutschland. Leitfaden Krisenkommunikation. <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/bevoelkerungsschutz/leitfaden-krisenkommunikation.pdf?blob=publicationFile&v=4>: Bundesministerium des Innern; 2014, accessed 18.02.2021.
- [95] WHO. Pandemic fatigue. Reinvigorating the public to prevent COVID-19. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335820/WHO-EURO-2020-1160-40906-55390-eng.pdf>: World Health Organization; 2020, accessed 19.02.2021.
- [96] Juen B, Stickler M. Krisenkommunikation in COVID-19. [https://oepgk.at/wp-content/uploads/2020/04/krisenkommunikation\\_covid-19\\_kurz\\_20200416.pdf](https://oepgk.at/wp-content/uploads/2020/04/krisenkommunikation_covid-19_kurz_20200416.pdf); 2020.
- [97] Vaughan E, Tinker T. Effective Health Risk Communication About Pandemic Influenza for Vulnerable Populations. American Journal of Public Health. 2009;99(2).
- [98] BAG. Covid-19-Bewältigung: Strategische Grundlagen von Bund und Kantonen; 22.10.2020. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html#1887648385>: Bundesamt für Gesundheit, accessed 18.02.2021.
- [99] RKI. Nationaler Pandemieplan Teil I - Strukturen und Massnahmen. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/187/28Zz7BQWW2582iZMQ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>: Rober Koch-Institut; 2017, accessed 18.02.2021.
- [100] RKI. Nationaler Pandemieplan Teil II - Wissenschaftliche Grundlagen. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan\\_Teil\\_II\\_gesamt.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan_Teil_II_gesamt.pdf?blob=publicationFile) Robert Koch-Institut; 2016, accessed 18.02.2021.
- [101] WHO. WHO outbreak communication guidelines. [https://www.who.int/csr/resources/publications/WHO\\_CDS\\_2005\\_28/en/](https://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_28/en/): World Health Organization; 2005, accessed 18.02.2021.
- [102] ECDC. COVID-19 testing strategies and objectives, 15 September 2020. [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TestingStrategy\\_Objective-Sept-2020.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TestingStrategy_Objective-Sept-2020.pdf): European Centre for Disease Prevention and Control, accessed 01.12.2020.
- [103] BMSGPK. Coronavirus - Fachinformationen. Österreichische Teststrategie SARS-CoV-2. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 10.02.2021.
- [104] ECDC. Diagnostic testing and screening for SARS-CoV-2. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/diagnostic-testing>: European Centre for Disease Prevention and Control, accessed 01.12.2020.
- [105] WHO. Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays, 11 September 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/antigen->

detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays: World Health Organization, accessed 01.12.2020.

[106] BMSGPK. Coronavirus - Fachinformationen. Antigen-Tests im Rahmen der Österreichischen Teststrategie SARSCoV-2; Stand 1.11.2020. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 01.12.2020.

[107] OEGLMKC. Österreichische Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und Klinische Chemie - Labordiagnostik bei Coronavirus SARS-CoV-2. <https://www.oeglmkc.at/corona.html>, accessed 15.02.2021.

[108] BMSGPK. Neuartiges Coronavirus (COVID-19). Falldefinition SARS-CoV-2 (vormals 2019-nCoV); 09.09.2020. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Neuartiges-Coronavirus.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 04.11.2020.

[109] ECDC. Contact tracing for COVID-19: current evidence, options for scale-up and an assessment of resources needed, April 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-Contract-tracing-scale-up.pdf>: European Centre for Disease Prevention and Control, accessed 30.11.2020.

[110] BMSGPK. Coronavirus - Fachinformationen. Empfehlung zur Entlassung von COVID-19-Fällen aus der Absonderung, Stand: 23.07.2020 (basierend auf Empfehlungen des Robert Koch-Instituts). <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 19.11.2020.

[111] corona-ampel.gv.at. Karte Corona-Ampel. <https://corona-ampel.gv.at>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 06.11.2020.

[112] ECDC. Operational considerations for influenza surveillance in the WHO European Region during COVID-19: interim guidance; October 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Joint-influenza-interim-guidance.pdf>: European Centre for Disease Prevention and Control, World Health Organization, accessed 01.12.2020.

[113] 15. Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2020, BGBl. II Nr. 15/2020 in der geltenden Fassung.

[114] MedUniWien V. SARS-CoV-2 (Neues Coronavirus-2019) – Überwachung in Österreich. <https://www.virologie.meduniwien.ac.at/wissenschaft-forschung/virus-epidemiologie/sars-cov-2-ueberwachung/>: Zentrum für Virologie, Medizinische Universität Wien, accessed 06.11.2020.

[115] ECDC. Guidelines for the implementation of non-pharmaceutical interventions against COVID-19; 24 September 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications->

[data/covid-19-guidelines-non-pharmaceutical-interventions](#): European Centre for Disease Prevention and Control, accessed 30.10.2020.

[116] MedUni Wien. Richtiges Händewaschen. <https://www.meduniwien.ac.at/web/klinik-gesundheit/meduni-wien-tipp-richtiges-haendewaschen/>: Medizinische Universität Wien, accessed 30.10.2020.

[117] ECDC. Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19 – second update; 23 March 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-relating-social-distancing-measures-response-covid-19-second>: European Centre for Disease Prevention and Control, accessed 30.10.2020.

[118] BfArM. Hinweise des BfArM zur Verwendung von Mund–Nasen-Bedeckungen (z.B. selbst hergestellten Masken, „Community- oder DIY-Masken“), medizinischen Gesichtsmasken sowie partikelfiltrierenden Halbmasken (FFP1, FFP2 und FFP3) im Zusammenhang mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2 / Covid-19). <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html>: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, accessed 30.10.2020.

[119] WHO. Mask use in the context of COVID-19, 1 December 2020. [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak): World Health Organization, accessed 02.12.2020.

[120] WHO. Advice on the use of masks for children in the community in the context of COVID-19; 21 August 2020. [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC\\_Masks-Children-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-Children-2020.1): World Health Organization, accessed 30.10.2020.

[121] Österreichische Arbeitsinspektion. Persönliche Schutzmaßnahmen - Allgemein. [https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Gesundheit\\_im\\_Betrieb/Gesundheit\\_im\\_Betrieb\\_1/Atemschutz\\_PSA.html](https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Gesundheit_im_Betrieb/Gesundheit_im_Betrieb_1/Atemschutz_PSA.html), accessed 05.03.2021.

[122] WHO. Responding to community spread of COVID-19. Interim guidance; 7 March 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/responding-to-community-spread-of-covid-19>: World Health Organization, accessed 14.09.2020.

[123] ECDC. Infographic: Using face masks in the community; 14 April 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infographic-using-face-masks-community>: European Centre for Disease Prevention and Control, accessed 14.09.2020.

[124] BMSGPK. QS Krankenhaushygiene - Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaus-Hygiene. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/QS-Krankenhaushygiene---Qualitaetsstandard-Organisation-und-Strategie-der-Krankenhaus-Hygiene.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 07.12.2020.

[125] Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz § 18, BGBl. Nr. 1/1957 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 13/2019 in der geltenden Fassung.

[126] WHO Europe. Hospital readiness checklist for COVID-19, 24 February 2020 (produced by WHO/Europe). <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health->

[emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/preparedness-and-readiness/hospital-readiness-checklist-for-covid-19,-24-february-2020-produced-by-who-europe](#): World Health Organization, Regional Office for Europe, accessed 06.11.2020.

[127] ECDC. Checklist for hospitals preparing for the reception and care of coronavirus 2019 (COVID-19) patients; 26 February 2020.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/checklist-hospitals-preparing-reception-and-care-coronavirus-2019-covid-19>: European Centre for Disease Prevention and Control, accessed 06.11.2020.

[128] ECDC. Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings - sixth update; 9 Feb 2021.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>: European Centre for Disease Prevention and Control, accessed 15.02.2021.

[129] BSAC. <http://bsac.org.uk/>: British Society for Antimicrobial Chemotherapy, accessed 06.11.2020.

[130] BMSGPK. Coronavirus - Fachinformationen.

<https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 08.10.2020.

[131] MedUni Wien. Hygienerichtlinien.

<https://www.meduniwien.ac.at/hp/krankenhaushygiene/hygiemappe/hygienerichtlinien/>: Medizinische Universität Wien, accessed 08.10.2020.

[132] MedUni Wien. Coronavirus SARS-CoV2 (COVID-19). Hygienerichtlinie 101; 03.11.2020.

[https://www.meduniwien.ac.at/orgs/fileadmin/krankenhaushygiene/HygMappe/Richtlinien/101\\_Novel\\_Coronavirus\\_nCoV\\_vs22.pdf](https://www.meduniwien.ac.at/orgs/fileadmin/krankenhaushygiene/HygMappe/Richtlinien/101_Novel_Coronavirus_nCoV_vs22.pdf): Medizinische Universität Wien, accessed 07.12.2020.

[133] Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 in der geltenden Fassung.

[134] Ausführungsgesetze der Länder, <https://www.ris.bka.gv.at/Land/>.

[135] Bioethikkommission. Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie, Stellungnahme der Bioethikkommission. März 2020.

[https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:772d37b0-3db9-4c8b-b4fe-e6dca7b1b8d3/200402\\_Covid\\_Bioethik.pdf](https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:772d37b0-3db9-4c8b-b4fe-e6dca7b1b8d3/200402_Covid_Bioethik.pdf). 2020.

[136] KVG. Kommunikationsplattform VerbraucherInnen-gesundheit des BMSGPK.

<https://www.verbrauchergesundheit.gv.at/>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 18.11.2020.

[137] AGES. E-Learning "Contact Tracing". [https://akademie.ages.at/e-learning\\_contact\\_tracing/](https://akademie.ages.at/e-learning_contact_tracing/) Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH, accessed 18.11.2020.

- [138] WHO. Strengthening preparedness for COVID-19 in cities and urban settings: interim guidance for local authorities. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331896>: World Health Organization, accessed 30.10.2020.
- [139] BMBWF. Coronavirus (COVID-19). Informationen und Empfehlungen für Schulen und Eltern; Informationen für Hochschulen, Universitäten, Forschungsinstitutionen und Studierende. <https://www.bmbwf.gv.at/Ministerium/Informationspflicht/corona.html>: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, accessed 20.10.2020.
- [140] ECDC. Questions and answers on COVID-19: Children aged 1 – 18 years and the role of school settings. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/questions-answers/questions-answers-school-transmission>: European Centre for Disease Prevention and Control, accessed 04.03.2021.
- [141] BMSGPK. Coronavirus - Fachinformationen. Algorithmus COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen; Stand: 15.09.2020. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 30.10.2020.
- [142] BMSGPK und BMBWF. COVID-19. Hygiene-, Präventions- und Verfahrensleitlinien für Gesundheits- und Bildungsbehörden. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>; [https://www.bmbwf.gv.at/Ministerium/Informationspflicht/corona/corona\\_schutz.html](https://www.bmbwf.gv.at/Ministerium/Informationspflicht/corona/corona_schutz.html): Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, accessed 22.10.2020.
- [143] BMSGPK. Coronavirus - Fachinformationen. Empfehlung zum Umgang mit SARS-CoV-2 Kategorie I Kontaktpersonen –bei versorgungskritischem Gesundheits- und Schlüsselpersonal; Stand: 19.08.2020. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 09.12.2020.
- [144] CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Framework for Healthcare Systems Providing Non-COVID-19 Clinical Care During the COVID-19 Pandemic; 30 June 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/framework-non-COVID-care.html>: Centers for Disease Control and Prevention, accessed 01.10.2020.
- [145] BMSGPK. Empfehlung zum Umgang mit Impfungen während der COVID-19-Pandemie; Stand: 16.6.2020. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfempfehlungen-Allgemein.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 13.10.2020.
- [146] Eglau K. Erste Analyse der Auswirkungen des Lockdowns während der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche. Rapid Analysis, August 2020. Gesundheit Österreich GmbH. Wien, 2020.
- [147] BMSGPK. COVID-Prognose-Konsortium [https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-\(2019-nCov\)/COVID-Prognose-Konsortium.html](https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-(2019-nCov)/COVID-Prognose-Konsortium.html): Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 12.10.2020.



- [148] EMA. Fachinformation/Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels Veklury 100 mg Pulver bzw. Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung, Fassung vom 06.07.2020. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/veklury-epar-product-information\\_de.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/veklury-epar-product-information_de.pdf): European Medicines Agency, accessed 12.10.2020.
- [149] Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, Mehta AK, Zingman BS, Kalil AC, et al. Remdesivir for the Treatment of Covid-19, Final Report. *New England Journal of Medicine*. 2020;383: 1813-1826.
- [150] EMA. European Public Assessment Report Veklury; 25 June 2020. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/veklury-epar-public-assessment-report\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/veklury-epar-public-assessment-report_en.pdf): European Medicines Agency, accessed 12.10.2020.
- [151] MedRxiv. Repurposed antiviral drugs for COVID-19 –interim WHO SOLIDARITY trial results. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.15.20209817v1>, accessed 15.10.2020.
- [152] WHO. WHO recommends against the use of remdesivir in COVID-19 patients; 20 November 2020. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/who-recommends-against-the-use-of-remdesivir-in-covid-19-patients>: World Health Organization, accessed 20.11.2020.
- [153] EMA. Update on remdesivir - EMA will evaluate new data from Solidarity trial; 20.11.2020. <https://www.ema.europa.eu/en/news/update-remdesivir-ema-will-evaluate-new-data-solidarity-trial>: European Medicines Agency, accessed 09.12.2020.
- [154] EMA. PRAC reviews a signal with Veklury. Meeting highlights from the Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) 28 September - 1 October 2020. <https://www.ema.europa.eu/en/news/meeting-highlights-pharmacovigilance-risk-assessment-committee-prac-28-september-1-october-2020>: European Medicines Agency, accessed 09.12.2020.
- [155] BASG. Meldewesen Nebenwirkungen, Nebenwirkungsmeldung human; 02.10.2019. <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen>: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, accessed 12.10.2020.
- [156] BASG. Versorgung mit Arzneimitteln zur COVID-19 Therapie; 18.05.2020. <https://www.basg.gv.at/gesundheitsberufe/inverkehrbringung/versorgung-mit-arzneimitteln-zur-covid-19-therapie>: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, accessed 12.10.2020.
- [157] Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend COVID-19-Sonderregelungen für Arzneimittel (COVID-19-ArzneimittelV), BGBl. II Nr. 87/2021 in der geltenden Fassung.
- [158] EMA. COVID-19: reminder of the risks of chloroquine and hydroxychloroquine; 29.05.2020. <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-reminder-risks-chloroquine-hydroxychloroquine>: European Medicines Agency, accessed 12.10.2020.
- [159] Lancet T. Lopinavir–ritonavir in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial; 24 October 2020. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32013-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32013-4/fulltext), accessed 09.12.2020.

- [160] Oxford University News Release. Low-cost dexamethasone reduces death by up to one third in hospitalised patients with severe respiratory complications of COVID-19; 16 June 2020. [https://www.recoverytrial.net/files/recovery\\_dexamethasone\\_statement\\_160620\\_final.pdf](https://www.recoverytrial.net/files/recovery_dexamethasone_statement_160620_final.pdf), accessed 12.10.2020.
- [161] NJEM. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 — Preliminary Report; 17 July 2020. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2021436?query=RP>: The RECOVERY Collaborative Group, accessed 20.10.2020.
- [162] ÖGARI. Leitlinie der österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin, ICU Therapy guideline for the treatment of patients with a SARS CoV2 infection; März 2020. W. Hasibeder, M. Köstenberger, St. Müller-Muttonen, K. Markstaller, R. Likar.
- [163] EMA. EMA starts review of dexamethasone for treating adults with COVID-19 requiring respiratory support; 24.07.2020. <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-starts-review-dexamethasone-treating-adults-covid-19-requiring-respiratory-support>: European Medicines Agency, accessed 12.10.2020.
- [164] EMA. EMA receives application for marketing authorisation of Dexamethasone Taw for COVID-19; 02.09.2020. <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-receives-application-marketing-authorisation-dexamethasone-taw-covid-19>: European Medicines Agency, accessed 12.10.2020.
- [165] WHO. Corticosteroids for COVID-19, Living Guidance; 02.09.2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334125/WHO-2019-nCoV-Corticosteroids-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>: World Health Organization, accessed 09.12.2020.
- [166] EMA. EMA endorses use of dexamethasone in COVID-19 patients on oxygen or mechanical ventilation; 18.09.2020. <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-endorses-use-dexamethasone-covid-19-patients-oxygen-mechanical-ventilation>: European Medicines Agency, accessed 12.10.2020.
- [167] WHO. Draft landscape and tracker of COVID-19 candidate vaccines; 12 February 2021. <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>: World Health Organization, accessed 16.02.2021.
- [168] EMA. COVID-19: how EMA fast-tracks development support and approval of medicines and vaccines; 04.05.2020. <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-how-ema-fast-tracks-development-support-approval-medicines-vaccines>: European Medicines Agency, accessed 03.11.2020.
- [169] EUR-Lex, European Union Law. Mitteilung der Kommission an das europäische Parlament, den europäischen Rat, den Rat und die Europäische Investitionsbank: EU Strategie für COVID-19-Impfstoffe; 17.6.2020. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:52020DC0245>: Europäische Kommission, accessed 01.10.2020.

- [170] BMSGPK. Nationales Impfgremium - Geschäftsordnung. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Nationales-Impfgremium.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 17.11.2020.
- [171] BMSGPK. Empfehlung Influenza Impfung (Grippeimpfung) Saison 2020/2021, Version 2, 02.11.2020. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfempfehlungen-Allgemein/Empfehlung-Influenza-Impfung-\(-Grippeimpfung-\)-Saison-2020-2021.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfempfehlungen-Allgemein/Empfehlung-Influenza-Impfung-(-Grippeimpfung-)-Saison-2020-2021.html): Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, accessed 17.11.2020.
- [172] BMSGPK. Durchführung der Corona-Schutzimpfung; Stand 24.2.2021. <https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Durchfuehrung-und-Organisation.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Kunsumentenschutz und Pflege, accessed 04.03.2021.
- [173] BMSGPK. COVID-19-Impfungen: Priorisierung des Nationalen Impfgremiums. Version 3; Stand: 12.01.2021 <https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Fachinformationen.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Komsumentenschutz, accessed 16.02.2021.
- [174] BMSGPK. COVID-19-Impfungen: Anwendungsempfehlungen des Nationalen Impfgremiums. Version 2.2; Stand: 23.02.2021. <https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Fachinformationen.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Komsumentenschutz, accessed 04.03.2021.
- [175] BMSGPK. COVID-19-Impfung: Mobile Impfteams und Reihenimpfungen. Version 1.0; Stand: 21.12.2020. <https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Durchfuehrung-und-Organisation.html>: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Komsumentenschutz, accessed 16.02.2021.
- [176] WHO. WHO Simulation Exercise Manual, 2017. <https://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.10/en/>: World Health Organization, accessed 01.12.2020.
- [177] ECDC. Handbook on simulation exercises in EU public health settings, June 2014. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/handbook-simulation-exercises-eu-public-health-settings> European Centre for Disease Prevention and Control, accessed 01.12.2020.
- [178] Bundeskanzleramt. Ministerratsbeschluss 30/16 am 16.9.2020. Sicherstellung von Schutzausrüstung und Medizinprodukten für die COVID-Pandemie und zukünftige Krisen. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/medien/ministerraete/ministerraete-seit-jaenner-2020/30-ministerrat-am-16-september-2020.html>, accessed 20.10.2020.
- [179] Bundeskanzleramt. Ministerratsbeschluss 27/43 vom 29.07.2020. Österreichs Aktionsplan gegen eine zweite COVID-19-Welle. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/medien/ministerraete/ministerraete-seit-jaenner-2020/27-ministerrat-am-29-juli-2020.html>, accessed 20.10.2020.

- [180] WHO. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Essential resource planning. Essential Supplies Forecasting Tool (ESFT). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/covid-19-critical-items>: World Health Organization, accessed 07.12.2020.
- [181] United Nations. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health; 13 May 2020. <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-and-need-action-mental-health2020>, accessed 17.02.2021.
- [182] Campion J, Javed A, Sartorius N, Marmot M. Addressing the public mental health challenge of COVID-19. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(8): 657-659.
- [183] BBK. Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II. 3. Auflage. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Bonn, 2012.
- [184] IASC. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. [https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf?ua=1): Inter-Agency Standing Committee; 2007, accessed 08.10.2020.
- [185] IASC. Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak (developed by the IASC's Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support); 17 March 2020. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing>: Inter-Agency Standing Committee; 2020, accessed 08.10.2020.
- [186] Internationale Gesundheitsvorschriften der WHO 2005 (IHR), BGBl. III Nr. 98/2008
- [187] Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4): e21.
- [188] oesterreich.gv.at. Tipps, Beratung und Unterstützung für die seelische Gesundheit. [https://www.oesterreich.gv.at/public/Seelische\\_Gesundheit.html](https://www.oesterreich.gv.at/public/Seelische_Gesundheit.html): Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, accessed 08.10.2020.
- [189] Zhu Y, Chen L, Ji H, Xi M, Fang Y, Li Y. The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals. *Neurosci Bull*. 2020;36(3): 302.
- [190] NHS. Managing capacity and demand within inpatient and community mental health, learning disabilities and autism services for all ages. Version 1, 25 March 2020. NHS England and NHS Improvement, 2020.
- [191] Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, et al. The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*. 2020.
- [192] NHS. Responding to COVID-19: Mental Health, Learning Disabilities and Autism. Update 1: 15 March 2020. 2020.
- [193] Wang QQ, Kaelber DC, Xu R, Volkow ND. COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States. *Molecular Psychiatry*. 2021;26: 30-39.

[194] van Lancker W, Z. P. COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. Published online April 7, 2020.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30084-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30084-0/fulltext), 2020.

[195] UN News. COVID-19 pandemic 'quickly becoming a child rights crisis': Daily death rate could spike by 6,000 for under-fives; May 2020.

<https://news.un.org/en/story/2020/05/1063822>: United Nations, accessed 08.02.2021.

**Bundesministerium für  
Soziales, Gesundheit, Pflege  
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)

17. März 2021