

Fachliche Begründung 4. Novelle zur 2. COVID-19 Basismaßnahmenverordnung

Autor*in/Fachreferent*in: S2 - Krisenstab COVID-19, BMSGPK

Stand: 06.12.2022

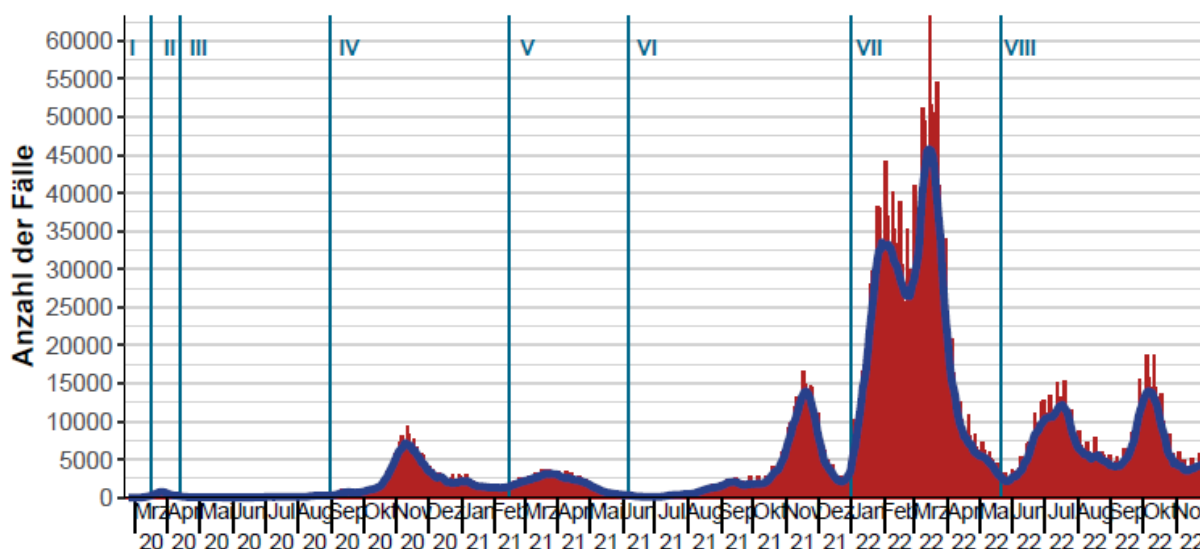
1. Aktuelle Lage National

1.1 Lage

Zeitlicher Verlauf inzidente Fälle

Die Epidemie kann bislang in Österreich in acht Phasen unterteilt werden. Phase I: Naive Phase bis zum 15.03.2020; Phase II: Lockdown ab dem 16.03.2020 bis zum 11.04.2020; Phase III: Zunehmende Lockerungen ab dem 12.04.2020 bis 31.08.2020; Phase IV: 01.09.2020 - 14.02.2021; Phase V: Massenimpfung, erhöhte Testfrequenz, Schulöffnung mit Präventions-Maßnahmenpaket, ab dem 15.02.2021 bis 06.06.2021; Phase VI: COVID 19 - Öffnungsverordnung in Kraft, ab dem 07.06.2021 bis 31.12.2021; Phase VII: ab 01.01.2022 bis 21.05.2022; Phase VIII: ab 22.05.2022. Die blaue Trendlinie in Abb. 1 visualisiert den gleitenden Mittelwert der 7 Tages Fallzahl.

Abbildung 1: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV-2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung bis 00.00 des Berichtstages (bei fehlender Information zum Labordiagnose-Datum wird der Tag der positiven Labormeldung herangezogen, der üblicherweise innerhalb der 24h nach Labordiagnose liegt).¹



In der aktuellen Phase (VIII) konnten bisher zwei Wellen an gemeldeten Neuinfektionen beobachtet werden, mit jeweils einem Peak im Juli 2022 und einem Peak Anfang Oktober 2022. Seit Ende November steigt die Zahl der gemeldeten Neuinfektionen nach einer Stagnationsphase auf moderatem Niveau wieder geringfügig an.

Die österreichweite 7-Tages-Inzidenz beträgt nach dem aktuellen AGES-Lagebericht vom 05.12.2022 zufolge 374,4 Neuinfektionen / 100.000 Einwohner:innen. Der aktuell geschätzte R_{eff} liegt bei 1,09.

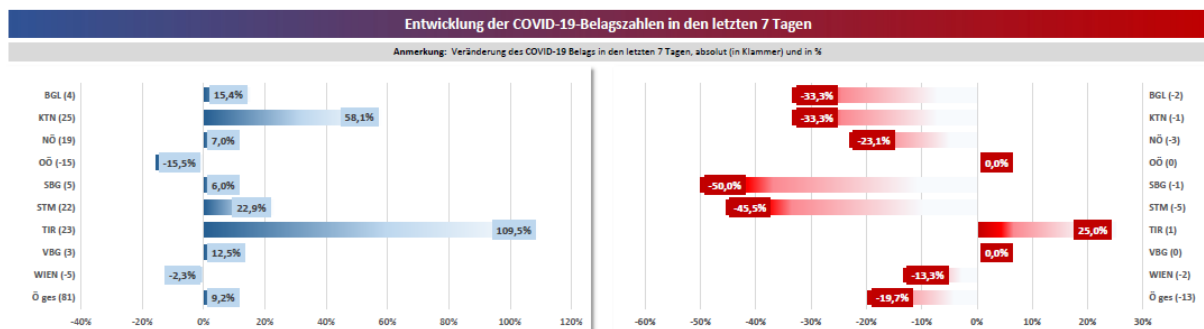
¹ AGES-Lagebericht. Stand 02.12.2022.

Systembelastung

Abbildung 2: Reporting zur S4-Kapazitätserhebung des BMSGPK, Stand 05.12.2022²

NORMALPFLGESTATIONEN				INTENSIVPFLGESTATIONEN			
Erwarteter COVID-19-Belag in 7 Tagen lt. Prognose*	Veränderung COVID-19-Belag zum Vortag	heutiger COVID-19-Belag	(heutiger COVID-19-Gesamtbelag)	heutiger COVID-19-Belag	Veränderung COVID-19-Belag zum Vortag	Erwarteter COVID-19-Belag in 7 Tagen lt. Prognose*	
→	28	+1	30	Burgenland (34)	4	0	6
↘	43	+8	68	Kärnten (70)	2	-3	3
→	290	-2	291	Niederösterreich (301)	10	0	13
↗	92	0	82	Oberösterreich (91)	9	+2	9
→	85	+4	88	Salzburg (89)	1	0	2
↘	103	+10	118	Steiermark (124)	6	-3	11
↘	21	+8	44	Tirol (49)	5	-1	4
→	26	-3	27	Vorarlberg (30)	3	+2	3
↗	237	-13	211	Wien** (224)	13	-1	15
→	926	+13	959	Österreich gesamt (1.012)	53	-4	66

* Prognose Fallentwicklung COVID-19 (COVID-Prognose-Konsortium) **Tägliche MA15-Datenübermittlung



Aktuelle Auslastung durch COVID-19 Patient:innen

Intensivpflegebereich

Am 05.12.2022 zeigt sich auf den Intensivpflegestationen ein geringfügiger Rückgang der mit COVID-19-Hospitalisierten (-4) im Vergleich zum Vortag. Bei der Belags-Entwicklung auf Intensivpflegestationen in den letzten 7 Tagen ist ebenso ein Rückgang zu beobachten (-19,7%). Aktuell werden 53 COVID-19-Fälle auf den Intensivpflegestationen behandelt. Der Belagsstand von COVID-19-Patient:innen auf Intensivstationen liegt bei 3%, somit weit unter dem Schwellenwert von 10% für eine mittlere Auslastung.

Normalpflegebereich

Am 05.12.2022 stiegen die COVID-19-Belagszahlen (+13) auf den Normalpflegestationen im Vergleich zum Vortag. Bei der Betrachtung der letzten 7 Tage sind leicht steigende COVID-19-Belagszahlen zu beobachten (9,2%). Derzeit werden 926 COVID-19-Fälle auf Normalpflegestationen betreut, der Belagsstand von COVID-19-Patient:innen auf Normalstationen, liegt bei 2,5% und somit unter dem von der in der 67. Sitzung der Corona Kommission festgelegten Schwellenwert von 4% (deutliche Einschränkung der stationären Versorgung). Einzig in Niederösterreich liegt der Belagsstand von COVID-19-Patient:innen knapp über 4% (NÖ: 4,2%).

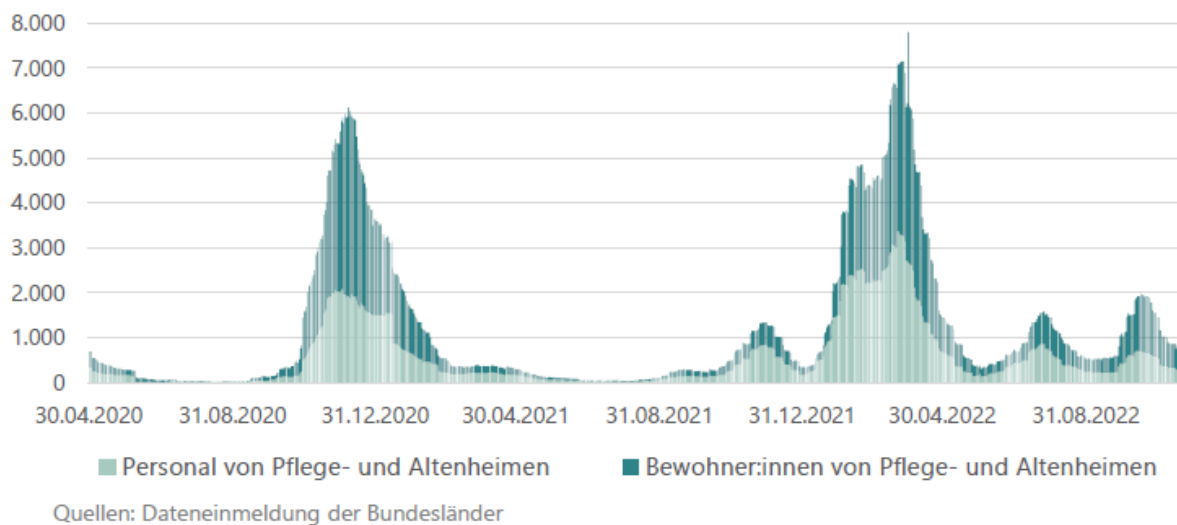
Grundsätzlich muss die Bettenkapazität immer in Zusammenschau mit dem vorhandenen Personal und der Ausstattung betrachtet werden. Die Sorgen vor Problemen hinsichtlich der Ressourcen im Bereich des Personals sowie einem möglichen Nadelöhr im Bereich der Intensivpflegestationen bestehen weiterhin. In qualitativen Erhebungen berichteten die Bundesländer jedoch über eine deutliche Entspannung der personellen Situation.

² S4-Kapazitäten BMSGPK. Dateneinmeldung der BL über KET. Stand 05.12.2022.

Infektionsgeschehen in den Alten- und Pflegeheimen

In den Alten- und Pflegeheimen beträgt die Gesamtzahl der bisher bestätigten Fälle laut der Datenübermittlung der Bundesländer 103.060 (Stand 01.12.2022). Dabei entfallen 57.455 Fälle auf Bewohner:innen und 45.605 auf das Personal. Die letzte Welle von Infektionen in Alten- und Pflegeheimen hat in KW 42 ihren Höhepunkt erreicht. Seitdem ist ein Rückgang an Fällen zu verzeichnen. Mit Stand 01.12.2022 wurden 266 aktive Fälle beim Personal und 500 aktive Fälle bei Bewohner:innen von den Bundesländern gemeldet.

Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der gemeldeten Neuinfektionen im zeitlichen Verlauf nach Personal und Bewohner:innen³



1.2 Prognose

Am Dienstag, 29.11.2022 wurde eine neue Prognose der Entwicklung der COVID-19-Fälle errechnet.

Gemäß aktueller Prognose kommt es zu leicht steigenden Belagsständen im Normalpflegebereich und weiterhin konstanter Entwicklung im Intensivpflegebereich.

Fallprognose

Mittlerweile zeigt das Abwassersignal in den meisten Bundesländern einen deutlichen Anstieg an, während die gemeldeten Fallzahlen in allen Altersgruppen nahezu stagnieren. Die vergangenen Wellen zeichneten sich durch einen Zeitverzug des Anstiegs der gemeldeten Fallzahlen gegenüber dem Abwassersignal aus.

Der Anteil der Varianten BQ.1, BQ.1.1 und BQ.1.10 ist gemäß AGES/IMBA Surveillance von 21,2% in KW 45 auf rund 30% in KW 46 angewachsen. Aufgrund des zunehmenden Anteils dieser Varianten am Infektionsgeschehen lässt sich eine Beschleunigung des Infektionsgeschehens erwarten. Inwiefern bzw. ab wann sich dies in gemeldeten Positivtestungen widerspiegelt ist nicht abschätzbar.

Es besteht momentan kein Grund zur Annahme, dass die genannten Omikron-Subvarianten zu verstärkten Hospitalisierungen führen, weswegen nicht davon auszugehen ist, dass eine wesentlich

³ AGES-Wissensmanagement: Lageupdate WIMA. Stand 28.11.2022

höhere COVID-spezifische Systembelastung als in den vergangenen beiden Infektionswellen im Juli bzw. Oktober zu verzeichnen sein wird.

Belagsprognose

Mit Ende der Prognoseperiode am 14.12. wird österreichweit ein Belagsstand im Bereich der Normalpflege (68% Konfidenzintervall) von 738 bis 1.193 belegten Betten erwartet, mit einem Mittelwert von 938 Betten und im Bereich der Intensivpflege (68% Konfidenzintervall) von 48 bis 92 belegten Betten erwartet, mit einem Mittelwert von 66 Betten.

Die 33%-Auslastungsgrenze der Intensivstationen wird österreichweit Ende der Prognoseperiode mit 0,5% Wahrscheinlichkeit überschritten, unter der Annahme, dass das Aufnahme- und Entlassungsregime in den Spitälern unverändert bleibt.

Zu beachten ist, dass die Belagsprognose nicht zwischen Personen, deren Hospitalisierung kausal auf COVID-19 zurückzuführen ist, und Personen, die ursprünglich aufgrund einer anderen Diagnose hospitalisiert wurden, unterscheidet. Auf Normalstationen werden seit dem 02.11.2022 nur noch infektiöse COVID-19 Fälle gemeldet. Dadurch ergibt sich ein Rückgang der gemeldeten COVID-19 Belagszahlen auf den Normalstationen.

2. Aktuelle Lage International

In KW 47 waren rückläufige Infektionszahlen bei der Altersgruppe 65+ zu verzeichnen, während die Fallzahlen in Europa insgesamt jedoch um 5% im Vergleich zur Vorwoche stiegen. Das „European COVID-19 Forecast Hub“ prognostiziert für KW 48 und KW 49 steigende Trends bei den Fallzahlen und Hospitalisierungen, jedoch stabile Trends bei den Todesfällen⁴.

3. Virusvarianten

Weltweit ist die Omikron-Variante mit über 99% aller gemeldeten Sequenzen vorherrschend und eine neue „Variant of Concern“ abseits der bekannten Varianten liegt gegenwärtig nicht vor⁵. Die Omikron-Subvariante BA.5 einschließlich ihrer zahlreichen Sublinien ist global und in Österreich weiterhin dominant, wobei die BA.5-Sublinie BQ.1 einschließlich ihrer mittlerweile über 30 Sublinien weltweit und in Österreich die häufigste Sublinie darstellt und einen weiter zunehmenden Trend aufweist (28,6% Prävalenz in Österreich in Kalenderwoche 46)⁶ ⁷. Des Weiteren zeigt die Omikron-Subvariante BA.2 einen global gesehen wieder zunehmendem Trend, der auf die Prävalenzanstiege von BA.2.75- und XBB-Sublinien zurückzuführen ist. In Österreich ist derzeit gemäß nationaler genomischer Sentinelsurveillance nur ein Anstieg von BA.2.75-Sublinien zu beobachten (8,3% Prävalenz in Kalenderwoche 46) – XBB-Sublinien bleiben weiterhin stabil im niedrigen einstelligen Prozentbereich.

Sowohl BA.5 als auch BA.2 treten mit ähnlichen Mutationsprofilen in der Rezeptorbindungsdomäne des Spike-Proteins auf (zum Beispiel R346X und K444X), die vermutlich verstärkte Immunfluchteigenschaften und Wachstumsvorteile der Sublinien im Vergleich zu den zuvor

⁴ ECDC. Country overview report: week 47 2022. 01.12.2022 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/country-overviews>; Zugriff am 05.12.2022)

⁵ ECDC (2022 Dec 01). SARS-CoV-2 variants of concern as of 1 December 2022. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern> Abgerufen am 05.12.2022

⁶ WHO (2022 Nov 30). Weekly epidemiological update on COVID-19 - 30 November 2022. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---30-november-2022>

⁷ AGES. Bericht über die „Nationale genomische Surveillance von SARS-CoV-2-Varianten“ vom 29.11.2022

dominanten Omikron-Subvarianten verursachen^{8 9 10}. Die Ausbreitung dieser Sublinien könnte daher wieder mit vermehrten Reinfektionen und Durchbruchinfektionen assoziiert sein. Weiterhin bestehen allerdings keine Hinweise auf eine durch die neuen Sublinien verursachte veränderte Krankheitsschwere. So berichten Länder mit den bisher höchsten BQ.1-Prävalenzen über keine besorgniserregende Entwicklung epidemiologischer Indikatoren für die Virusvirulenz^{11 12 13}. Damit wird nach derzeitigem Wissenstand davon ausgegangen, dass zwar zukünftige Infektionswellen durch die neuen Sublinien getrieben werden, jedoch das Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs vergleichbar mit jenem der Omikron-Subvarianten BA.1 und BA.2 in der Gesamtbevölkerung deutlich reduziert relativ zur Delta-Variante einzuschätzen ist^{14 15 16 17 18}. Die weitere Entwicklung von SARS-CoV-2 hinsichtlich Transmissibilität, Immunflucht und Virulenz kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht verlässlich eingeschätzt werden.

4. Fachliche Einschätzung zu den Maßnahmen

Risikoreiche Settings

Der Hauptübertragungsweg für SARS-CoV-2 ist die respiratorische Aufnahme virushaltiger Aerosolpartikel^{19 20 21 22 23}. Das höchste Risiko für eine Übertragung von SARS-CoV-2 ist assoziiert mit Menschenmassen und mit geschlossenen Räumen aufgrund der Anreicherung von virushaltigen Aerosolpartikeln sowie mit engem Kontakt (3Cs – crowded places, confined spaces, close contact)²⁴, wobei insbesondere die letzten beiden Risikofaktoren in Gesundheitseinrichtungen sowie Alten- und Pflegeheimen gegeben sind. Daher sind insbesondere in Settings, in welchen ein hohes Übertragungsrisiko besteht und sich vermehrt vulnerable Personengruppen aufhalten, Maßnahmen zu treffen, die das Übertragungsrisiko verringern.

⁸ Cao et al. (2022 Oct 04). Imprinted SARS-CoV-2 humoral immunity induces convergent Omicron RBD evolution. bioRxiv. <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.09.15.507787v3>

⁹ Qu et al. (2022 Oct 20). Distinct Neutralizing Antibody Escape of SARS-CoV-2 Omicron Subvariants BQ.1, BQ.1.1, BA.4.6, BF.7 and BA.2.75.2. bioRxiv. <https://doi.org/10.1101/2022.10.19.512891>

¹⁰ Jian et al. (2022 Sept 27). Further humoral immunity evasion of emerging SARS-CoV-2 BA.4 and BA.5 subvariants. Lancet Infect Dis. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00642-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00642-9)

¹¹ ECDC (2022 Dec 01). Country overview report: week 47 2022. <https://covid19-country-overviews.ecdc.europa.eu/index.html>

¹² WHO (2022 Oct 27). TAG-VE statement on Omicron sublineages BQ.1 and XBB. <https://www.who.int/news/item/27-10-2022-tag-ve-statement-on-omicron-sublineages-bq.1-and-xbb>

¹³ ECDC (2022 Oct 21). Spread of the SARS-CoV-2 Omicron variant sub-lineage BQ.1 in the EU/EEA.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/spread-sars-cov-2-omicron-variant-sub-lineage-bq1-eueea>

¹⁴ Wolter et al. (2022 Jan 19). Early assessment of the clinical severity of the SARS-CoV-2 omicron variant in South Africa: a data linkage study. Lancet. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00017-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00017-4)

¹⁵ Nealon & Cowling (2022 Jan 19). Omicron severity: milder but not mild. Lancet. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00056-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00056-3)

¹⁶ Bager et al. (2022 Apr 22). Risk of hospitalisation associated with infection with SARS-CoV-2 omicron variant versus delta variant in Denmark: an observational cohort study. Lancet Infect Dis. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00154-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00154-2)

¹⁷ Menni et al. (2022 Apr 07). Symptom prevalence, duration, and risk of hospital admission in individuals infected with SARS-CoV-2 during periods of omicron and delta variant dominance: a prospective observational study from the ZOE COVID Study. Lancet. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00327-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00327-0)

¹⁸ Sievers et al. (2022 Jun 02). SARS-CoV-2 Omicron variants BA.1 and BA.2 both show similarly reduced disease severity of COVID-19 compared to Delta, Germany, 2021 to 2022. Euro Surveill. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.22.2200396>

¹⁹ Wang et al. (2021 Aug 27). Airborne transmission of respiratory viruses. Science. <https://doi.org/10.1126/science.abd9149>

²⁰ Asadi et al. (2020 Jan 27). Effect of voicing and articulation manner on aerosol particle emission during human speech. PloS one. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227699>

²¹ Hartmann et al. (2020 Jun 20). Emission rate and particle size of bioaerosols during breathing, speaking and coughing. <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-10331>

²² Dbouk & Drikakis (2020 May 01). On coughing and airborne droplet transmission to humans. Phys Fluids (1994). <https://doi.org/10.1063/5.0011960>

²³ Zhang et al. (2020 Jun 11). Identifying airborne transmission as the dominant route for the spread of COVID-19. PNAS. <https://doi.org/10.1073/pnas.2009637117>

²⁴ Die WHO weist in diesem Zusammenhang auf die „drei Cs“ der SARS-CoV-2 Transmission hin, in denen das Virus besonders leicht verbreitet wird: WHO - Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted? <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>

Schutzmasken

Das Tragen einer Schutzmaske ist ein gut etabliertes und wirksames Mittel gegen die Ausbreitung von Infektionskrankheiten und stellt grundsätzlich eine wichtige infektionshygienische Maßnahme zur Ausbreitungskontrolle von SARS-CoV-2 dar. Zahlreiche wissenschaftliche Studien und Untersuchungen zeigen, dass Schutzmasken das Risiko einer SARS-CoV-2-Infektion bzw. die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung von SARS-CoV-2 deutlich verringern^{25 26 27 28 29 30}. Schutzmasken filtern sehr effektiv einen Teil der exhalieren Partikel (und Viren), wodurch deren Konzentration im Raum und damit das Infektionsrisiko entsprechend reduziert wird. Atemschutzmasken (z.B. der Klassen FFP2, N95 oder KN95) ohne Ausatemventil filtern sowohl eingeatmete als auch ausgeatmete Luft und bieten daher einen, den chirurgischen Masken überlegenen, sehr wirksamen Selbst- und Fremdschutz^{31 32 33}.

Empfehlungen zum Tragen einer Schutzmaske in der Allgemeinbevölkerung kommen u. a. von der WHO³⁴, dem ECDC^{35 36 37} und den CDC³⁸. ECDC empfiehlt unter anderem das Tragen von Schutzmasken in Gesundheitseinrichtungen, wenn kein Abstand gehalten werden kann. Gesundheitspersonal mit Patient:innenkontakt wird das durchgehende Tragen von Schutzmasken empfohlen³⁹. Die deutsche Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin empfiehlt für die Arbeit im Gesundheitsbereich FFP2-Masken, wenn behandlungs- oder pflegebedürftige Personen keine Schutzmaske tragen⁴⁰. Dementsprechend gilt in anderen EU-Ländern eine Maskenpflicht oder Maskenempfehlung in vulnerablen Bereichen wie Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen⁴¹.

²⁵ Li et al. (2020 Dec 18). Face masks to prevent transmission of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Am J Infect Control. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.12.007>

²⁶ Abaluck et al. (2021 Dec 02). Impact of community masking on COVID-19: a cluster-randomized trial in Bangladesh. Science. <https://doi.org/10.1126/science.abi9069>

²⁷ Cheng et al. (2021 May 20). Face masks effectively limit the probability of SARS-CoV-2 transmission. Science. <https://doi.org/10.1126/science.abg6296>

²⁸ Leech et al. (2022 Jun 07). Mask wearing in community settings reduces SARS-CoV-2 transmission. PNAS. <https://doi.org/10.1073/pnas.2119266119>

²⁹ Talic et al. (2021 Nov 17). Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis. BMJ. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068302>

³⁰ Pöschl & Witt (2021 Jun 29). Stellungnahme zur Wirksamkeit und Nutzung von Gesichtsmasken gegen COVID-19. MPI für Chemie. https://www.mpic.de/5097854/poschlwitt_stellungnahme_masken_2021-06-29.pdf

³¹ Gesellschaft für Aerosolforschung GAef (2020 Dec 07). Positionspapier der Gesellschaft für Aerosolforschung zum Verständnis der Rolle von Aerosopartikeln beim SARS-CoV-2 Infektionsgeschehen. https://www.info.gaef.de/files/ugd/fab12b_647bcce04bdb4758b2bffcbe744c336d.pdf

³² ECDC (2021 Feb 15). Using face masks in the community: first update - Effectiveness in reducing transmission of COVID-19. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-face-masks-community-first-update.pdf>

³³ Haller et al. (2022 Feb 05). Impact of respirator versus surgical masks on SARS-CoV-2 acquisition in healthcare workers: a prospective multicentre cohort. Antimicrob Resist Infect Control. <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01070-6>

³⁴ WHO (2022 March 7). Infection prevention and control in the context of coronavirus disease (COVID-19): A living guideline. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-ipc-guideline-2022.1>

³⁵ ECDC (2021 Feb 15). Using face masks in the community: first update - Effectiveness in reducing transmission of COVID-19. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-face-masks-community-first-update.pdf>

³⁶ ECDC (2022 Feb 7): Considerations for the use of face masks in the community in the context of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/using-face-masks-community-reducing-covid-19-transmission>

³⁷ ECDC (2022 Feb 7): Considerations for the use of face masks in the community in the context of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/using-face-masks-community-reducing-covid-19-transmission>

³⁸ CDC (2021 Dec 6). Science Brief: Community Use of Masks to Control the Spread of SARS-CoV-2. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/masking-science-sars-cov2.html>

³⁹ ECDC (2021 Feb 9): Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_6th_update_9_Feb_2021.pdf

⁴⁰ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2021 Nov 24): Übersicht der BAuA zum Einsatz von Schutzmasken in der Arbeitswelt im Zusammenhang mit SARS-CoV-2.

https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Coronavirus/pdf/Schutzmasken.pdf?__blob=publicationFile&v=16

⁴¹ GÖG/AGES (2022). Covid 19-Schutzmaßnahmen in ausgewählten Ländern. Version vom 21.11.2022

Entscheidende Faktoren für eine effektive Schutzwirkung sind die Bereitschaft der Bevölkerung, eine Maske zu tragen (Compliance)⁴², sowie der korrekte Gebrauch der Masken^{43 44 45}. Die WHO empfiehlt diesbezüglich einen zumindest täglichen Wechsel der Maske, insbesondere wenn diese durchfeuchtet ist⁴⁶. FFP2-Masken können infektiöse Partikel vor allem dann besonders wirkungsvoll aus der Atemluft filtern und die Übertragung von SARS-CoV-2 minimieren, wenn sie an den Rändern möglichst dicht abschließen⁴⁷.

Schutz vulnerabler Gruppen

Weiterhin besteht ein erhöhtes Risiko von schweren bis tödlichen Krankheitsverläufen für ältere Personen sowie Personen mit bestimmten Vorerkrankungen^{48 49 50}. Im Hinblick darauf sind in Kranken- und Kuranstalten, in Alten- und Pflegeheimen sowie in sonstigen vulnerablen Bereichen weiterhin Schutzmaßnahmen notwendig, die einen Viruseintrag effektiv verringern.

5. Begründung

Der Schutz vulnerabler Gruppen in ausgewählten Settings ist weiterhin eine sinnvolle Maßnahme, um die Übertragung von SARS-CoV-2 zu verringern. Das Tragen einer Maske, insbesondere das Tragen von FFP2- und gleichwertigen Masken, ist ein besonders einfach einsetzbares und wirksames Mittel gegen die Übertragung von SARS-CoV-2 und dabei weniger einschränkend als andere Maßnahmen⁵¹.

Wegen der im diesjährigen Herbst im Vergleich zu den Vorjahren insgesamt nicht sonderlich besorgniserregenden Pandemielage in Österreich ist es gerechtfertigt, künftig den Schutz in vulnerablen Settings auf eine Maskenpflicht zu beschränken. Ein Beibehalten der 3G Regelung erscheint in Anbetracht der aktuellen epidemiologischen Lage und der prognostizierten Entwicklung derzeit nicht mehr gerechtfertigt.

⁴² Howard et al. (2021 Jan 26). An evidence review using face masks against COVID-19. PNAS. <https://doi.org/10.1073/pnas.2014564118>

⁴³ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Hinweise des BfArM zur Verwendung von Mund-Nasen-Bedeckungen, medizinischen Gesichtsmasken sowie partikelfiltrierenden Halbmasken (FFP-Masken). Abgerufen am 25.07.2022.

<https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html>

⁴⁴ O'Kelly et al. (2021 Jan 22). Comparing the fit of N95, KN95, surgical, and cloth face masks and assessing the accuracy of fit checking. PLoS One. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245688>

⁴⁵ ECDC (2022 Feb 07). Technical Report-Considerations for the use of face masks in the community in the context of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Considerations-for-use-of-face-masks-in-the-community-in-the-context-of-the-SARS-CoV-2-Omicron-variant-of-concern.pdf>

⁴⁶ WHO (2022 March 7). Infection prevention and control in the context of coronavirus disease (COVID-19): A living guideline. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-ipc-guideline-2022.1>

⁴⁷ Bagheri et al. (2021 Dec 02). An upper bound on one-to-one exposure to infectious human respiratory particles. PNAS. <https://doi.org/10.1073/pnas.2110117118>

⁴⁸ ECDC (2022 Jan 27). Assessment of the further spread and potential impact of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern in the EU/EEA, 19th update. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-omicron-risk-assessment-further-emergence-and-potential-impact>

⁴⁹ Auvigne V. et al (2022 May 20). Severe hospital events following symptomatic infection with Sars-CoV-2 Omicron and Delta variants in France, December 2021–January 2022: A retrospective, population-based, matched cohort study. EClinicalMedicine. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101455>

⁵⁰ CDC (2022 Jun 15). Science Brief: Evidence Used to Update the List of Underlying Medical Conditions Associated with Higher Risk for Severe COVID-19. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/underlying-evidence-table.html>

⁵¹ Mendez-Brito, El Bcheraoui & Pozo-Martin (2021 Sept). Systematic review of empirical studies comparing the effectiveness of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. J Infect. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.06.018>