

Fachliche Begründung zur Verordnung

1. Zusammenfassung / Executive Summary

Die bis 12.11.2020 behördlich ergriffenen und sukzessiv verschärften Maßnahmen auf Bundes-, Landes- und Bezirksebene (siehe Beilage 1, Maßnahmenübersicht regionale Maßnahmen) sowie der COVID-19-Schutzmaßnahmen Verordnung BGBl. II. Nr. 462/2020 idgF von BGBl. II Nr. 472/2020, welche mit dem Ziel erlassen wurden, das Infektionsgeschehen unter Kontrolle zu bringen, um dem möglichen Zusammenbruch des Gesundheitswesens insbesondere im Bereich der Intensivpflege vorzubeugen, zeigte bis 12.11.2020 nur verhaltende Wirkung. Auf Basis dieser Sachlage wurde die COVID-19-Notmassnahmenverordnung erlassen, welche per 17.11.2020 in Kraft getreten ist und per 22. Dezember - zusammen mit der Schutzmaßnahmenordnung - verlängert wurde. Die absoluten täglichen Fallzahlen, sowie die 7-Tages-Inzidenz sowie die 14-Tages-Inzidenz sind ab dem 17.11.2020 gesunken und bewegen sich aktuell (Stand 28.01.2020) unter dem Niveau der Zahlen vor dem Inkrafttreten des „Lockdown lights“ Anfang November.

1.1. Aktuelle Lage

Dem Lagebericht der AGES vom 27.01.2021 (siehe Beilage 3) ist für den 27.01.2021 eine geschätzte tägliche Steigerungsrate (in %) basierend auf den vergangenen 13 Epidemietagen von -1,46% zu entnehmen. Die 7-Tages-Inzidenz sowie die 14-Tages-Inzidenz sind nach dem 18.11.2020 bis Ende Dezember stetig gesunken, wobei sich ab Anfang Jänner 2021 bis 11.01.2021 eine leichte Steigerung abzeichnete. In den darauffolgenden Tagen erfolgte bis dato (Berichtstag 27.01.2021) ein leichtes Absinken sowohl der 7- als auch der 14- Tages-Inzidenz. Sowohl die absoluten Fallzahlen (1449 neu bestätigte Fälle/Tag mit Stand 28.01.2021), also auch die 7- und 14-Tages Inzidenzen / 100.000 (114,7 bzw. 231,1) bewegen sich immer noch auf einem hohen Niveau.

Trotz der gesetzten Maßnahmen (SchuMaV, NotmaßnahmenV), stiegen die Fallzahlen bis zum 13.11.2020 weiter an. Nach dem 18.11.2020 zeigt sich ein Absinken der Zahl täglich neu bestätigter Fälle, allerdings sanken die Zahlen in den darauffolgenden Wochen nur noch leicht im Vergleich zu den Wochen davor. Von Ende Dezember 2020 bis Mitte Jänner 2021 stagnierte die Zahl der aktiven Fälle auf einem hohen Niveau. In den darauffolgenden Tagen zeigte sich bis dato (28.01.2021) ein leicht sinkender Trend. Dennoch ist eine hohe Belastung des Gesundheitssystems (insb. Intensivversorgung) nach wie vor gegeben. Außerdem muss die zunehmende Verbreitung und der Eintrag von Mutationen von SARS-CoV-2 (Variante VOC 202012/01 und weitere Virusvarianten), welche mit einer höheren Transmissionsrate einhergehen, beachtet werden. Die Verbreitung dieser Variante(n) könnte zu einem starken Anstieg der Infektionszahlen führen (Vgl. epidemiologische Entwicklung in Irland).

1.2. Bewertung der COVID-19-Schutzmaßnahmen

Im Auftrag von HBM Anschober führt die Corona Kommission mit Unterstützung von AGES und GÖG seit Inkrafttreten der COVID-19 Schutzmaßnahmenverordnung ein wöchentliches Monitoring der COVID-19 Schutzmaßnahmen durch.

Im beiliegenden Kurzbericht zur Bewertung der COVID-19-Schutzmaßnahmen (siehe Beilage 2) vom 28.01.2021 wird die Situation wie folgt beschrieben:

Verbreitungsrisiko

- » Die 7-Tagesinzidenz für die österreichische Bevölkerung des Zeitraums 21.01.-27.01. belief sich auf 108.55 pro 100.000 EW im Vergleich zu einer 7-Tagesinzidenz von 117.13/100.000 EW der Zeitperiode von 14.01.-20.01.

- Die angeführte Inzidenz ist durch Nachmeldungen des Bundeslandes Vorarlberg in der KW 03, 2021 geringfügig überschätzt.
- » In der KW 03, 2021 wurden 10.455 Fälle registriert und 10.953 Fälle in der KW 02.
- » Die geschätzte Änderungsrate für die vergangenen 13 Epidemietage (16.01.21 - 26.01.21) lag für den 26.01.2021 bei -0,50% (95%KI: -3,60; 2,69) im Vergleich zu -3,71% [-6,31; -1,04] für den 18.01.2021.
- » Die effektive Reproduktionszahl (Reff) lag für den 26.01.2021 bezogen auf die vorangegangenen 13 Tage (16.01.21 - 26.01.21) bei 0,91 (0,90 - 0,92) im Vergleich zu 0,87 [0,86 - 0,88] für den 09.01.2021 (09.01.21 - 19.01.21).
- » Die 7-Tagesinzidenz der über 64-jährigen der österreichischen Bevölkerung des Zeitraums 21.01.21 - 27.01.21 belief sich auf 102,1 Fälle/100.000 EW und die der Zeitperiode von 14.01.21 - 20.01.21 auf 125,8 Fälle/100.000 EW.
- » Das Durchschnittsalter in KW 03, 2021 lag bei 45,0 Jahren.
- » Die Trendanalyse, bezogen auf die zwei sich in 7 Tagen überlappenden 14-Tages-Fenster, zeigt für alle Bundesländer einen rückläufigen Trend: Burgenland (-9,66 %), Kärnten (-17,59 %), Niederösterreich (-15,75%), Oberösterreich (-17,58%), Salzburg (-17,71%), Steiermark (-11,77%). Tirol (-5,73%), Vorarlberg (aufgrund von Nachmeldungen ist der wahre rückläufige Trend gegenwärtig nicht darstellbar – wird in der Datei „Indikatoren zur Risikoeinstufung“ auf der Seite corona-ampel.gv.at nachgereicht), Wien (-14,39%).

Fallabklärung/Clusteranalyse

- » Der Anteil der Fälle, bei denen eine mögliche Infektionsquelle identifiziert werden konnte, liegt für die KW 53, KW 01, KW02 und KW03 bei 56,4%, 55,8%, 56,6 und 55,7%, respektive; KW 02 und KW 03 sind nach wie vor unter Abklärung (exklusive Wien);
- » Unter den Clusterfällen der KW 01 (72,0% der Fälle) und auch der KW 02 (68,5% der Fälle) und KW 03 (63,9%) wurden überwiegend die Infektionen im Setting „Gemeinsamer Haushalt“ gefolgt vom Setting „Gesundheit & Soziales“, welches primär von dem Subsetting „Alten- und Pflegeheim“ dominiert wird, erworben. Das Setting Freizeit nimmt anteilmäßig im Vergleich zur KW 53 und KW01 tendenziell ab, Setting Arbeit ist, wenn auch geringfügig, ist wieder nachweisbar.

Auf Basis nachfolgender Indikatoren können Schlussfolgerungen hinsichtlich der Beibehaltung, Erleichterung, Verschärfung der Schutzmaßnahmen getroffen werden:

Indikatoren, die das Systemrisiko und zum Teil auch das Verbreitungsrisiko in Österreich bestimmen:

- » der rohen 7-Tagesinzidenz
 - » Datengrundlage: EMS; Quelle: AGES
 - » Die 7-Tagesinzidenz für die österreichische Bevölkerung des Zeitraums 21.01.-27.01. belief sich auf 108.55 pro 100.000 EW im Vergleich zu einer 7-Tagesinzidenz von 117.13/100.000 EW der Zeitperiode von 14.01.-20.01.
 - Die angeführte Inzidenz ist durch Nachmeldungen des Bundeslandes Vorarlberg in der KW 03, 2021 geringfügig überschätzt.
- » der rohen 7-Tagesinzidenz bei den >= 65-Jährigen
 - » Die 7-Tagesinzidenz der über 64-jährigen der österreichischen Bevölkerung des Zeitraums 21.01.21 - 27.01.21 belief sich auf 102,1 Fälle/100.000 EW und die der Zeitperiode von 14.01.21 - 20.01.21 auf 125,8 Fälle/100.000 EW

- » Das Durchschnittsalter in KW 03, 2021 lag bei 45,0 Jahren.
- » der ICU-Kapazitäten
 - » Datengrundlage: SKKM und Krisenstab des BMSGPK, tägliche Meldungen hinsichtlich der Kapazitäten.

Das **Verbreitungsrisiko**¹ wird auch durch den Anteil an in der Infektionsquelle nicht abklärbaren Fällen bestimmt. Hierzu werden folgende **Indikatoren** herangezogen:

- » Anteils der Fälle unbekannter Quelle (z.B. < 40 %);
 - » (Datengrundlage: EMS, bundeslandspezifische Datenbanken, individuelle Interviews; Quelle: AGES)
- » Anteils der Fälle nach Setting der Transmission der vergangenen 3 KW, mit folgenden Kategorien der Transmissions-Settings:
 - » Reise, Gesundheits- & Sozialbereich, Bildung, Transport, Hotel-Gastro, Freizeit, Sport, Arbeit, Kunst/Kultur und Dienstleistung

(Datengrundlage: EMS, bundeslandspezifische Datenbanken, individuelle Interviews; Quelle: AGES)

„Die analysierten Daten zeigen für die vergangenen 13 Epidemietage eine Änderungsrate von -0,50% (per 26.01.2021). Die 7-Tagesinzidenz für die österreichische Bevölkerung ist im Zeitraum 21.-27.01. auf 108.55 pro 100.000 EW im Vergleich zu einer 7-Tagesinzidenz von 117.13/100.000 EW der Vorwoche gesunken. Die effektive Reproduktionszahl (Reff) lag zuletzt bei 0,91 (per 26.01.2021). Die angeführte Inzidenz ist durch Nachmeldungen des Bundeslandes Vorarlberg in der KW 03, 2021 geringfügig überschätzt.

Die Belastung des Gesundheitssystems ist im Vergleich zur Vorwoche geringfügig gesunken. Die Auslastung der Intensivstationen lag per 27.1.2021 bei 15% im Vergleich zu 16% am 20.1.2021 bezogen auf alle gemeldeten Intensivbetten Österreichs und damit nach wie vor auf erhöhtem Niveau.

Ein neuerlicher dynamischer Anstieg der inzidenten Fälle kann die Lage in den Intensivstationen zum Zusammenbruch bringen. Der angestrebte Regelbetrieb der Spitäler kann ab einer ICU-Auslastung von etwa 10 % (= ca. 200 belegten Betten) wieder hergestellt werden. Die inzidenten täglichen Fälle müssten hierfür unter Berücksichtigung der aktuellen Altersstruktur und Hospitalisierungswahrscheinlichkeit konstant bei weniger als 1150 liegen, zudem ist der aktuell bestehende Belag mit zu berücksichtigen, dessen Rückgang verhalten verläuft.

Nach wie vor liegt keine belastbare Evidenz zum Ausmaß der Verbreitung der neuen Virus-Mutante(n) in Österreich vor, insbesondere in Hinblick auf regionale Durchdringung und zeitliche Dynamik. Beobachtungsdaten aus einzelnen Bundesländern zeigen einen Anstieg der Prävalenz von Verdachtsfällen binnen der ersten Kalenderwochen des Jahres. Gemäß der momentan verfügbaren Datenlage ist davon auszugehen, dass die Verbreitung der Virus-Mutante(n) in Österreich derzeit (noch) nicht groß genug ist, um für den vorliegenden Prognosezeitraum maßgeblich zu sein. Schätzungen aus UK lassen vermuten, dass die erhöhte Transmissibilität dieser Varianten in einem Bereich zwischen 22% und 74% liegt (Walker et al. 2021, Davies et al. 2020, Volz et al. 2021)². Erste und noch mit erheblichen Unsicherheiten

¹ Einen zentralen Indikator für das Verbreitungsrisiko stellt die Funktionstüchtigkeit des behördlichen Handelns (Contact Tracing und Clusterabklärung) dar.

² <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.24.20248822v1.full.pdf>, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.30.20249034v2.full.pdf>, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.13.21249721v1.full.pdf>

verbundenen Schätzungen zur Änderung der Prävalenz der Varianten über die letzten Wochen in einzelnen österreichischen Bundesländern sind bislang nicht in Widerspruch mit der aus UK berichteten Bandbreite an erhöhter Transmissibilität.

Sechs berechnete Szenarien zur Verbreitung der Virusvariante B.1.1.7 zeigen unter bestimmten Annahmen eine Best-Case, ein Base-Line und ein Worst-Case-Modellierung unter jeweils zwei verschiedenen Szenarien mit konstanter (Szenario 1) oder abnehmender (Szenario 2) Wirksamkeit der Maßnahmen. Je nach Modellierung erreicht dabei die Virus-Mutante binnen 50 Tagen einen Anteil von 50% der inzidenten Fälle (Best-Case) bzw. setzt sich nach 50 oder 30 als dominanter Typ mit mehr als 80% Anteil an den inzidenten Fällen (Base-Line bzw. Worst-Case) durch. Die Auswirkungen auf die täglichen Neuinfektionen im 50-Tage-Simulationszeitraum reichen unter Annahme einer konstanten Wirksamkeit der Maßnahmen von einem kontinuierlichen Rückgang (Best-Case) bis hin zu einem starken Anstieg (Worst-Case), bei abnehmender Wirksamkeit der Maßnahmen von einem moderaten Anstieg (Base-Line) bis hin zu einem sehr starken Anstieg (Worst-Case) von Neuinfektionen und in weiterer Folge auch Hospitalisierungen.

Weiterhin wird daher vor einer etwaigen Lockerung der aktuellen Maßnahmen eine präzise Evaluation der Ausbreitung dieses Strains in Österreich jedenfalls dringend empfohlen.

Die Corona Kommission kommt auf Basis der Ausführungen zum Schluss, dass das Infektionsgeschehen nach wie vor überwiegend auf einem sehr hohen Niveau liegt, die Aufrechterhaltung der gesetzten präventiven Maßnahmen zur Kontaktreduktion sollten daher wie geplant fortgesetzt werden. Dies nicht zuletzt aufgrund der Verbreitung der neuen Virusmutation. Insbesondere ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass die erforderliche Akzeptanz der Bevölkerung gewährleistet wird, um auch weiterhin die notwendigen Rückgänge des Fallgeschehens erreichen zu können.“

1.3. Aktuelle Kapazitätsauslastung

Hinsichtlich der aktuellen Kapazitätsauslastung wurde erhoben, das (Stand 28.01.2020) **Beatmungsgeräte** in allen Bundesländern noch frei verfügbar sind (Die Daten für Wien werden der täglichen SKKM-Meldung entnommen). Insgesamt sind österreichweit 60% der Beatmungsgeräte verfügbar. **Bettenkapazitäten im Normalpflegebereich** stehen weiterhin zur Verfügung. Bei den Covid-19-Fallzahlen auf Normalpflegestationen ist bundesweit gegenüber dem Vortag ein Rückgang (-48) festzustellen, wobei die größten Abnahmen in NÖ (-16), OÖ (-12) und TIR (-11) zu beobachten sind. In den letzten 7 Tagen ist österreichweit auf Normalstationen eine Abnahme der Covid-19-Fälle um -5,4% (-85) zu beobachten. Insgesamt werden derzeit auf den Normalpflegestationen 1.478 Covid-19-Fälle betreut. **Bettenkapazitäten im Intensivpflegebereich** stehen weiterhin zur Verfügung. Bei den Covid-19-Fallzahlen auf Intensivstationen gibt es bundesweit gegenüber dem Vortag keine Veränderung (± 0), wobei die größte Abnahme in OÖ (-5) und die größte Zunahme in TIR (+2) ersichtlich ist. In den letzten 7 Tagen ist österreichweit eine Verminderung der Covid-19-Fälle auf Intensivstationen um -7,3% (-24) zu beobachten. Derzeit werden auf den Intensivpflegestationen 304 Covid-19-Fälle betreut. **Personalausfälle im Intensivbereich** sind weiterhin überschaubar. Höchste Werte bei ärztlichem Personal weiterhin in BGL (9%) sowie bei DGKP in BGL (6%).

1.4. Prognoserechnung

Die aktuellen Prognosen gehen von einem Infektionsgeschehens von rund 1.100 Fälle/Tag aus. In diesem Prognosezeitraum bleibt die Virusmutation die große Unbekannt. Nach wie vor liegt keine belastbare Evidenz zum Ausmaß der Verbreitung der neuen Virus-Mutante(n) in Österreich vor, insbesondere in Hinblick auf regionale Durchdringung und zeitliche Dynamik. Daher ist die die mögliche Verbreitung der Virusmutante in dieser Prognose nicht enthalten. Die mittlerweile bestätigte höhere

Übertragbarkeit (zwischen 22 % und 74 %) kann die Reproduktionszahl signifikant erhöhen und somit das Infektionsgeschehen maßgeblich beschleunigen. Vorliegende Informationen deuten darauf hin, dass bereits eine zunehmende Dominanz der Infektionen mit Varianten mit N501Y überall dort, wo es zu einem gehäuften Auftreten kommt, beobachtbar ist.

Zusätzlich kommt es auch bei dieser Prognose zu den bereits bekannten Effekten kommen: **Unterschätzung der Entwicklungen**, wenn im Prognosezeitraum vermehrt getestet wird (z.B. im Rahmen von bevölkerungsweite Testungen) und daher eine größere Anzahl an infizierten Personen identifiziert wird. **Verzögerungseffekten** bei den Auswirkungen der Maßnahmen/Lockerungen auf die Prognose kommen in der aktuellen Kapazitätsauslastung und – prognose zum Ausdruck.

Am 27.10. überstieg der Anteil der COVID-Patienten auf ICU österreichweit 10 %, was Einschränkungen des Regelbetriebes zur Folge hatte, am 24.11. lag die Auslastung bei 33,5%, am 02.12. bei 33,8 %, am 11.12. bei 28,4%, am 18.12. bei 23,7%, am 30.12. bei 18,4%, am 12.01.2021 bei 16,3%, am 19.01.2021 bei 18%, und am 28.01.2021 bei 16,7 %. Diese Entwicklung deutet darauf hin, dass sich die Bremswirkung bei den Fallzahlen weiterhin in den Kapazitätsauslastungen niederschlägt. Im Prognosezeitraum bewegen sich die Bundesländer weiterhin weg von der kritischen Grenze und in keinem Bundesland ist eine **Überschreitung der definierten Kapazitätsgrenzen** (inkl. bereitstellbarer Zusatzkapazität) bis zum 10.02. innerhalb des 95%-Intervalls prognostiziert

Die Belastungsgrenze des Gesundheitssystems wurde von der Corona-Kommission bereits im September 2020 mit 30% Auslastung aller Intensivbetten festgelegt (Manual V 2.5 - <https://corona-ampel.gv.at/corona-kommission/bewertungskriterien/>). Sobald diese Grenze der Tragfähigkeit überschritten ist, bleibt nur ein kurzer Zeitraum für Gegensteuerungsmaßnahmen, da jene auch Zeit brauchen, bis sich die Wirkung auf Grund von Inkubationszeiten etc. niederschlägt.

Die Prognosen sind regional heterogen ausgeprägt und zeigen für alle Bundesländer einen rückläufigen Trend der Belegung Werte. In keinem Bundesland liegt die aktuelle ICU-Auslastung mit COVID-19 Belegung (sh. Beilage 5), über 50 %, welcher von der Corona Kommission als Schwellenwert für den Sanitären Notstand festgelegt wurde. Basierend auf den Prognosen ist. Die Maximalwerte in den Belegungszahlen liegen in allen Bundesländern deutlich unter 30%, weswegen ein Überschreiten der Schwellenwerte bei Fortsetzung des aktuellen Trends bis 10.02. unwahrscheinlich ist. Jedoch beinhaltet die Prognose keine Effekte im Zusammenhang mit der Mutante.

1.5. Maßnahmen gemäß COVID-19 Maßnahmengesetz

Das COVID-19 Maßnahmengesetz sieht im § 11 vor, dass bei Maßnahmen gemäß § 5 COVID 19 MG, welcher Ausgangsbeschränkungen vorsieht, sowie bei Maßnahmen gemäß § 3 und § 4 das Einvernehmen mit dem Hauptausschuss des NR herzustellen ist.

Die Bestimmungen des §§ 3,4,5 COVID-19 MG schränken weiter ein, dass kein gelinderes Mittel zum Erfolg führen kann und dass der Zusammenbruch des Gesundheitswesens nur durch die Ergreifung dieser Maßnahmen vermieden werden kann.

1.6. Ziel der Maßnahmen:

Um eine rasche Kontrolle über das Infektionsgeschehen zu erhalten und eine nachhaltige Entlastung des Gesundheitssystems zu erzielen, welche einen Regelbetrieb insbesondere im Bereich der Spitalpflege wieder ermöglicht, ist $R(\text{eff})$ auf deutlich unter 1,0 zu senken und dort für einen längeren Zeitraum zu halten. Derzeit (Stand 27.01.2021) liegt der $R(\text{eff})$ bei 0,90.

Durch eine kontrollierte Epidemie werden gesamtgesellschaftlich Schäden die durch Quarantäne und Krankenstände entstehen weiter dezimiert.

Dies ist auch ganz wesentlicher Aspekt für die Aufrechterhaltung der Sozial- und Gesundheitswesens sowie des behördlichen Handelns. Aktuelle Erhebungen des BMSGPK (siehe Beilage 5), dass sich die Situation rund um die Aufrechterhaltung von Pflege- und Gesundheitsdienstleitungen langsam entspannt. Einzelne Bundesländer melden einen Rückgang des Anteils nicht arbeitsfähigen ärztlichen oder pflegerischen Personal auf Intensivstationen. Mit Ausnahmen vom Burgenland sanken die Werte von über 10% (24.11.) auf 2 bis 4 % - wobei die Werte für DGPK für fast alle Bundesländer durchwegs 1-2 Prozentpunkt höher als bei ärztlichen Personal sind - was sich ebenfalls auf die Zahl der effektiv nutzbaren ICU Betten auswirkt. Im Burgenland liegt der Anteil des nicht arbeitsfähigen ärztlichen oder pflegerischen Personals auf Intensivstationen bei 15 bzw. 6%

1.7. Evidenz von Maßnahmen

Basierend auf verfügbarer Evidenz lässt sich zu den Grundprinzipien der Behördlichen Maßnahmen wie folgt festhalten: Alltagsmasken (**Mund-Nasen-Schutz**) können, wenn sie richtig angelegt und getragen werden, helfen, **Ansteckungen mit SARS-CoV-2 zu verhindern**. Es kommt dadurch zu keinem Sauerstoffmangel bei der Trägerin/dem Träger. Die Kombination des Masken Tragens gemeinsam mit anderen Maßnahmen, wie Händehygiene und Abstand halten, kann die Ausbreitung von SARS-CoV-2 verringern. Das Halten von mindestens **1m physischem Abstand** ist mit einer großen Verringerung der Infektionen assoziiert, möglicherweise sind Abstände von 2m noch wirksamer. Abstand halten kann gemeinsam mit anderen Maßnahmen wie Hände-Hygiene und Maskentragen die Ausbreitung von Sars-CoV-2 verringern. **Quarantäne** kann die Zahl der Infizierten und die Zahl der Todesfälle reduzieren. Die Kombination der Quarantäne mit anderen Präventions- und Kontrollmaßnahmen kann eine größere Wirkung haben als die Quarantäne allein. **Händehygiene**, als rechtlich nicht vorschreibbare, aber präventiv sehr wirksame Maßnahme, kann die Übertragbarkeit von Krankheitserregern und die Ausbreitung von Sars-Cov-2 Infektionen reduzieren. Die Kombination der Händehygiene mit anderen Maßnahmen wie Masken-Tragen und Abstand halten, kann die Ausbreitung von SARS-CoV-2 verringern.

Basierend auf verfügbarer Evidenz lässt sich zu weiteren Maßnahmen wie folgt festhalten: **Gesamt-„Lockdown“** (Schließung der Freizeit- und Krankensektoren, des nicht wesentlichen Einzelhandels, Erlaubnis zur Arbeitsstätte zu gelangen nur für Schlüsselpersonal, Schulen und Universitäten weitgehend geschlossen, Kontaktverbot mit anderen Haushalten, Gebetsstätten geschlossen) ist assoziiert mit einer 75%-igen Reduktion der Reproduktionszahl und hat daher eine **sehr hohe Auswirkung auf das Infektionsgeschehen**. **Kurzer Lockdown** (z.B. 2-3 Wochen) hat eine **moderate Auswirkung** auf das Infektionsgeschehen. Wie bei allen Interventionen gilt auch hier, desto früher desto besser. **Verringerung der Kontakte** zwischen Mitgliedern verschiedener Haushalte innerhalb der Wohnung hat **moderate Auswirkung** auf das Infektionsgeschehen, da hier ein hohes Risiko für die Übertragung durch Tröpfchen, Aerosole und die gemeinsame Verwendung von Oberflächen besteht. Die **Schließung der Gastronomie** (Bars, Pubs, Cafés, Restaurants, etc.) wird mit einer **moderaten Auswirkung** auf das Infektionsgeschehen bemessen, da dort das Risiko aufgrund des engen Beisammenseins, der langen Dauer der Exposition, das Nichttragen des Mundes-Nasenschutzes und durch das Laute Sprechen in geschlossenen Räumen höher ist.

Eine Limitation der verfügbaren Evidenz ist, dass meist ein Bündel von Maßnahmen implementiert wird – ein Kausalzusammenhang kann bei einem Bündel von komplexen Interventionen nicht linear festgestellt werden. Nicht pharmazeutische Interventionen sind in der Regel **multifaktoriell**, was eine spezifische Zuordnung der Auswirkungen erschwert. Evidenz deutet allerdings darauf hin, dass das **gemeinsame Setzen mehrerer Maßnahmen** einen **größeren positiven Einfluss auf das Infektionsgeschehen** erreichen kann, als das verzögerte Setzen einzelner Maßnahmen.

1.8. Warum bundesweite Maßnahmen gerechtfertigt sind:

Um schwerwiegende grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren bekämpfen zu können ist ein koordinierendes Vorgehen notwendig. Bereits am 23. Mai 2005 wurden von der 58. Weltgesundheitskonferenz die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) angenommen, die die Koordination zwischen den Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezüglich Bereitschaft und Reaktion im Falle von gesundheitlichen Notlagen von internationaler Tragweite verstärken sollten. Die einzelnen Mitgliedsstaaten geben einen *National Focal Point* für die Kommunikation bekannt. Für Österreich ist dieser im BMSGPK angesiedelt.

Das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union haben am 22. Oktober 2013 den Beschluss Nr. 1082/2013/EU zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren und zur Aufhebung der Entscheidung Nr. 2119/98/EG erlassen. Für die Übermittlung von Warnmeldungen wurde das Early Warning and Response System (EWRS) eingerichtet, das die für Gesundheit zuständigen Behörden in den Mitgliedsstaaten und die Kommission umgehend angemessen informiert. Eine Warnmeldung sollte nur dann erforderlich sein, wenn Ausmaß und Schwere der Gefahr so bedeutend sind, dass die Gefahr mehr als einen Mitgliedsstaat betrifft/betreffen könnte und eine koordinierte Reaktion auf Unionsebene notwendig ist/sein könnte. Dieses System wird auch für die Ermittlung von Kontaktpersonen oder Informationen über nachgewiesene Krankheitsfälle und Verdachtsfälle beim Menschen in anderen Mitgliedsstaaten genutzt. Auch hier wird auf EU-Ebene ein *National Focal Point* nominiert, der auch im BMSGPK liegt.

Der Beschluss weist darauf hin, dass Mitgliedsstaaten selbst dafür verantwortlich sind, Gesundheitskrisen auf nationaler Ebene zu bewältigen. Maßnahmen einzelner Mitgliedsstaaten sollten aber auch mit den Maßnahmen anderer Mitgliedsstaaten vereinbar sein. Das bedingt auch eine Kommunikation auf Bundesebene zwischen involvierten Staaten.

In Österreich liegt die Gesundheit laut Bundesverfassung in der Zuständigkeit des Bundes und damit derzeit im BMSGPK. Für das Setzen von Maßnahmen in Österreich sind bei einer schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahr, wie einer Pandemie, die laufenden Erkenntnisse auf internationaler Ebene, insbesondere aber die aktuellsten Entwicklungen auf europäischer Ebene und in den Nachbarstaaten von entscheidender Bedeutung. Da der Bund hier Ansprechpartner ist und die Kompetenz hat, können Maßnahmen umgehend und aktuell sowie bundesweit einheitlich erstellt werden.

Erfahrungen zu Empfehlungen und Maßnahmen aus anderen Ländern, welche ebenfalls eine föderalistische Struktur aufweisen, zeigen, dass eine bundesländerweise Regelung von Maßnahmen möglich ist. Jedoch wurde in einzelnen Bereichen, bei welchen eine Exekution der Maßnahmen v.a. in Grenzregionen erschwerend ist, eine bundesweite Regelung für zielführender erachtet. Die Schweiz hat, trotz der starken föderalistischen Struktur durch die Kantone, entschieden bundesweit Maßnahmen zu Beherbergung und Gastronomie zu setzen. Jedoch steht es den Kantonen frei, weitere Verschärfungen aufgrund der regionalen epidemiologischen Situation zu implementieren. Wo die kantonalen Maßnahmen strenger sind als die nationalen, gilt es diese zu beachten.

Das Eingreifen in Bundesländern mit derzeit noch geringeren Fallzahlen durch bundesweite einheitliche Maßnahmen ist gerechtfertigt, weil die Erfahrungen der letzten Wochen gezeigt haben, dass die Lage sich innerhalb kürzester Zeit verschlechtern können. Die Belagszahlen sind regional heterogen ausgeprägt und zeigen Werte zwischen 21% (Kärnten) und 44% (Vorarlberg) freier Intensivbetten (Stand 28.01.2021, Anteil der am Erhebungstag freien Intensivbetten [COVID-19 + NICHT-COVID-19] an den gesamten Intensivbetten [in %]), was die nach wie vor angespannte Lage verdeutlicht.

Durch das Freihalten der Spitalskapazitäten in Bundesländern in welchen sich langsam eine Entspannung abzeichnet werden außerdem wichtige Ausweichkapazitäten für andere mit höheren Fallzahlen betroffene Bundesländer geschaffen.

1.9. Abschließende Beurteilung

Unter Berücksichtigung der oben dargelegten Fakten, wird daher hierorts festgestellt, dass die Voraussetzungen für das Beibehalten der gesetzten Maßnahmen im Sinne der §§ 3, 4, 5 und 11 COVID-19-MG zur Abwendung des drohenden Zusammenbruchs des Gesundheitswesens nach wie vor gerechtfertigt sind. Durch die bereits gesetzten Maßnahmen konnte eine kontinuierliche Abnahme der Fallzahlen erreicht werden, jedoch war es nicht möglich, das Plateau von 1.000 neuen bestätigten Fällen pro Tag zu unterschreiten (Stand 28.01.). Eine Überschreitung des kritischen Schwellenwerts der ICU-Belagszahlen in einzelnen Bundesländern ist bis 10.02. zwar unwahrscheinlich, jedoch beinhalten die Prognosen - aufgrund fehlender Evidenz - noch keine Effekte im Zusammenhang mit der Virusmutante. Die mittlerweile bestätigte höhere Transmissibilität kann die Reproduktionszahl signifikant erhöhen und somit das Infektionsgeschehen maßgeblich beschleunigen. Das Beispiel anderer europäischer Länder (z.B. Irland) zeigt, dass Lockerungsmaßnahmen eine Dynamisierung des Infektionsgeschehens durch die Virus-Mutation B1.1.7 befeuern kann. In den nächste(n) Woche(n) werden weiterer nationale und internationaler Untersuchungsergebnisse erwartet, die dazu beitragen, die Bedeutung der neuen Variante besser einschätzen und modellieren zu können. Aufgrund dieser aktuell unübersichtlichen Lage hinsichtlich der Implikationen der Virusmutation ist, bis zur präzisen Evaluation der Ausbreitung dieses Strains in Österreich sowie zum Aufbau eines flächendeckenden Mutationsscreenings, eine Verlängerung des Lockdowns bis 7. Februar 2021 gerechtfertigt

2. Aktuelle Epidemiologische Situation in Österreich

Allgemeine Beschreibung der aktuellen epidemiologischen Lage:

Seit Anfang November 2020 zeigt sich eine Reduktion der kalkulierten Wachstumsrate, wobei diese ab 17.11.2020 negative Werte angenommen hat. Nachdem dieser Indikator um den 8.12.2020 um -5% lag, war bis zum 19.12.2020 (mit leichten Schwankungen der Werte) wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. In den nachfolgenden Wochen kam es zu wiederholten Schwankungen der kalkulierten Wachstumsrate, welche am 19.01.2021 (Datengrundlage der letzten fachlichen Begründung) bei -5,36% lag und nunmehr auf -1,46 angestiegen ist (AGES SARS-CoV-2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, 27.01.2021). Am 3.11.2020 ist die SchuMaV in Kraft getreten, wobei bis Mitte November, eine weitere Zunahme der täglich berichteten COVID-19 Fallzahlen, sowie der 7- und 14-Tages Inzidenzen / 100.000 Einwohnern zu verzeichnen war. Die COVID-19-Notmaßnahmenverordnung ist am 17.11.2020 in Kraft und am 06.12.2020 außer Kraft getreten. Von 07.12.-25.12.2020 war die SchuMaV in Kraft. Am 26.12.2020 trat die 2. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung in Kraft. Die 7-Tages-Inzidenz sowie die 14-Tages-Inzidenz sind ab dem 17.11.2020 bzw. 18.11.2020 bis Ende Dezember stetig gesunken, wobei sich ab Anfang Jänner bis zum Berichtstag 10.01.2021 eine leichte Steigerung abgezeichnet hat. In den nachfolgenden Wochen erfolgte bis dato (Berichtstag 27.01.2021) ein leichtes bis moderates Absinken sowohl der 7- als auch der 14- Tages-Inzidenz (AGES SARS-CoV-2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, 27.01.2021). Die 7-Tages Inzidenz / 100.000 liegt per 27.01.2021 bei 114,7,6 (-0,2) im Vergleich zum 26.01.2021), die 14-Tages Inzidenz/100.000 bei 231,1 (-6,0) im Vergleich zum 26.01.2021) (AGES SARS-CoV-2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, 27.01.2021). Auch die Zahl der neu bestätigten Fälle im siebentägigen Mittel / 100.000 ist nach Mitte November für gesamt Österreich bis Ende Dezember gesunken und zeigt, nach einer Phase auf gleichbleibendem Niveau, seit Mitte Jänner 2021 bis dato (28.01.2021) einen leicht sinkenden Trend mit Werten zwischen 13,9 (Wien) und 39,6 (Salzburg) (16,7 für gesamt Österreich) (siehe Abbildung 1). Die augenscheinlichen Anstiege der Zahl neu bestätigter Fälle im siebentägigen Mittel /100.000 der Bundesländer OÖ und Kärnten mit 14.01.2021 sind auf erfolgte Nachmeldungen von positiven Antigentests zurückzuführen (Abbildung 1). Bei den kalkulierten R_{eff} -Werten zeigt sich seit Anfang November ein tendenziell sinkender Trend, allerdings mit einem wiederum leichten Anstieg bzw. einem Stagnieren seit 14.12.2020 bis Ende Dezember, danach zeigte sich ein Anstieg bis zum Berichtstag 10.01.2021, gefolgt von einem leichten Absinken zum Berichtstag 20.01.2021 auf 0,87. Seither kam es bis dato zu einem sehr leichten Anstieg der R_{eff} (27.01.2021, R_{eff} von 0,90) (siehe Tabelle 1). Nach einer Stagnation der absoluten Fallzahlen Ende Dezember 2020 bis Anfang Jänner 2021 kam es danach bis dato (28.01.2021) zu einem leichten Sinken der Zahl der aktiven Fälle Die Zahl der infizierten Personen in Österreich (aktive Fälle) ist per 28.01.2021 allerdings nach wie vor relativ hoch (siehe Tabelle 1 und Abbildung 1, 4). In Tabelle 1 wurden ab 18.11.2020 die Todesfälle der letzten 7 Tage an Hand des Sterbedatums dargestellt, weshalb es zu einem Sprung in der Zahlenreihe kommt. Auch nach diesem Datum zeigt sich bis Mitte Dezember ein Anstieg der Zahl der Todesfälle der letzten 7 Tage. Seither zeigt sich ein leicht sinkender Trend, der sich seit Anfang Jänner 2021 mit leichten Schwankungen weiter fortsetzt (siehe Tabelle 1). Mit Berichtstag 27.01.2021 liegt die Zahl der Todesfälle der letzten 7 Tagen bei 218. Die Zahl der Todesfälle pro Monat / 100.000 liegt im November und Dezember 2020 mit 23 und 34 und im bisherigen Teil des Jänners 2021 mit 15,56 deutlich höher als während der „ersten Welle“ im Frühjahr sowie in den Monaten davor (siehe Abbildung 2). Es kommt in ganz Österreich weiterhin vermehrt zu Clustern in Haushalten sowie vereinzelt im Freizeit-Kontext und in Alten- und Pflegeheimen. (Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES, 27.01.2021).

Eine neue Variante des SARS-CoV-2 "VOC 202012/01" wurde Ende des Jahres 2020 zuerst in UK sequenziert und verbreitet sich nun in Europa und teilweise auch in außereuropäischen Ländern. Auch

in Österreich konnte diese Variante bereits nachgewiesen werden. Untersuchungen zeigen eine höhere Transmissionsrate im Vergleich zu anderen Varianten. In Südafrika wurde ebenfalls eine Variante sequenziert („501V2“) die mit einer höheren Transmissionsrate einhergehen könnte. Auch Bei Rückkehrern aus Brasilien nach Japan wurde eine neue SARS-CoV-2 Variante (B .1.1.248) entdeckt, die einige der Merkmale aufweisen, die für eine erhöhte Infektiosität von Bedeutung sind. Eine Berücksichtigung der möglichen Verbreitung der Virus-Varianten stellt aufgrund der aktuell unzureichende Evidenzlage, besonders hinsichtlich der Ausbreitung, eine große Unwägbarkeit dar. Es werden weitere nationale und internationale Untersuchungsergebnisse für die nächste(n) Woche(n) erwartet, um die Bedeutung der neuen Variante besser einschätzen zu können. Die mittlerweile bestätigte höhere Transmissibilität kann die Reproduktionszahl signifikant erhöhen und somit das Infektionsgeschehen maßgeblich beschleunigen.

Tabelle 1: Übersicht über wichtige epidemiologische Parameter von 30.10.2020 – 29.12.2020. Das genannte Datum ist das Datum des Berichts. (Quelle: Daten SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES von 30.10- 27.01.2020)

*Seit 18.11.2020 Darstellung der Todesfälle der letzten 7 Tage an Hand des Sterbedatums.

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur COVID-19-Notmaßnahmenverordnung – COVID-19-NotMV (Inkrafttreten 17.11.2020; Außerkrafttreten 06.12.2020)

| AGES | 30.10. | 31.10. | 01.11. | 02.11. | 03.11. | 04.11. | 05.11. | 06.11. | 07.11. | 08.11. | 09.11. | 10.11. | 11.11. | 12.11. |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 7-Tages-Inzidenz | 273,2 | 296,6 | 315,5 | 335,6 | 355,1 | 378 | 405,7 | 405,7 | 443,8 | 459 | 472 | 483,1 | 488,8 | 527,9 |
| 14-Tages-Inzidenz | 427,8 | 469 | 504,8 | 538,1 | 570,2 | 621 | 669,7 | 669,7 | 754,4 | 789,9 | 825,1 | 863,9 | 891,8 | 961,0 |
| R _{eff} | 1,38 | 1,41 | 1,44 | 1,44 | 1,4 | 1,36 | 1,35 | 1,35 | 1,31 | 1,32 | 1,29 | 1,26 | 1,21 | 1,20 |
| Wachstumsrate % | 9,35 | 10,65 | 10,73 | 8,84 | 6,75 | 5,62 | 5,93 | 5,93 | 7,51 | 7,76 | 5,04 | 2,93 | 2,29 | 2,35 |
| Todesfälle der letzten 7 Tage | 23 | 27 | 24 | 26 | 29 | 28 | 30 | 30 | 38 | 34 | 31 | 41 | 52 | 54 |

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur Änderung der COVID-19-Notmaßnahmenverordnung – COVID-19-NotMV (Inkrafttreten 27.11.2020; Außerkrafttreten 06.12.2020)

| AGES | 13.11. | 14.11. | 15.11. | 16.11. | 17.11. | 18.11. | 19.11. | 20.11. | 21.11. | 22.11. | 23.11. |
|-------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| 7-Tages-Inzidenz | 549,4 | 539,7 | 539,2 | 522,1 | 519,1 | 523,0 | 496,9 | 477,7 | 468,5 | 468,7 | 450,8 |
| 14-Tages-Inzidenz | 1.003,7 | 1.021,0 | 1.026,3 | 1.023,3 | 1.031,2 | 1.048,5 | 1.047,1 | 1.042,6 | 1.021,1 | 1.019,1 | 988,8 |
| R _{eff} | 1,21 | 1,19 | 1,17 | 1,13 | 1,09 | 1,05 | 1,04 | 1,02 | 0,99 | 1,00 | 0,99 |
| Wachstumsrate % | 3,44 | 4,13 | 3,24 | 0,85 | -1,24 | -1,67 | -0,90 | -0,79 | 0,01 | -0,83 | -2,10 |
| Todesfälle der letzten 7 Tage | 53 | 56 | 55 | 54 | 51 | 311* | 342 | 336 | 348 | 331 | 320 |

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur 2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 07.12.2020; Außerkrafttreten 16.12.2020)

| AGES | 24.11. | 25.11. | 26.11. | 27.11. | 28.11. | 29.11. | 30.11. | 01.12. | 02.12. |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 7-Tages-Inzidenz | 430,5 | 413,0 | 401,2 | 382,2 | 361,7 | 346,6 | 346,4 | 332,0 | 311,1 |
| 14-Tages-Inzidenz | 966,6 | 950,1 | 907,0 | 869,8 | 844,2 | 829,6 | 804,9 | 774,2 | 733,7 |
| R _{eff} | 0,95 | 0,92 | 0,89 | 0,87 | 0,87 | 0,88 | 0,9 | 0,87 | 0,84 |
| Wachstumsrate % | -5,34 | -5,44 | -3,76 | -2,53 | -1,83 | -2,64 | -4,23 | -5,97 | -5,50 |
| Todesfälle der letzten 7 Tage | 364 | 361 | 392 | 441 | 454 | 430 | 398 | 442 | 470 |

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur 3. COVID-19 Schutzmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 17.12.2020; Außerkrafttreten 25.12.2020)

| AGES | 03.12. | 04.12. | 05.12. | 06.12. | 07.12. | 08.12. | 09.12. | 10.12. |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 7-Tages-Inzidenz | 292,9 | 277,3 | 263,1 | 249,3 | 247,0 | 237,2 | 229,3 | 219,5 |
| 14-Tages-Inzidenz | 703,6 | 670,4 | 631,3 | 601,5 | 598,9 | 574,9 | 546,3 | 515,6 |
| R _{eff} | 0,83 | 0,82 | 0,81 | 0,81 | 0,85 | 0,84 | 0,83 | 0,81 |
| Wachstumsrate % | -4,57 | -3,63 | -2,52 | -2,36 | -4,83 | -6,23 | -5,36 | -4,50 |
| Todesfälle der letzten 7 Tage | 464 | 496 | 516 | 492 | 447 | 466 | 417 | 441 |

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur Änderung der 3. COVID-19 Schutzmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 23.12.2020; außer Kraft getreten 25.12.2020) und 2. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 26.12.2020; Außerkrafttreten 24.01.2021)

| AGES | 11.12. | 12.12. | 13.12. | 14.12. | 15.12. | 16.12. | 17.12. |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 7-Tages-Inzidenz | 211,7 | 204,6 | 202,2 | 206,1 | 208,6 | 209,8 | 208,2 |
| 14-Tages-Inzidenz | 491,8 | 476,8 | 464,8 | 464,6 | 457,4 | 444,3 | 430,5 |
| R _{eff} | 0,79 | 0,81 | 0,82 | 0,87 | 0,88 | 0,88 | 0,89 |
| Wachstumsrate % | -3,75 | -2,5 | -1,94 | -3,02 | -3,12 | -2,18 | -1,34 |
| Todesfälle der letzten 7 Tage | 444 | 469 | 415 | 383 | 413 | 454 | 430 |

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur 1. Novelle der 2. COVID-19 Notmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 05.01.2020; Außerkrafttreten 24.01.2021)

| AGES | 18.12. | 19.12. | 20.12. | 21.12. | 22.12. | 23.12. | 24.12. | 25.12. | 26.12. | 27.12. | 28.12. | 29.12. |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 7-Tages-Inzidenz | 197,2 | 188,5 | 176,8 | 164,9 | 158,3 | 156,3 | 161,0 | 158,9 | 149,6 | 148,0 | 150,8 | 150,5 |
| 14-Tages-Inzidenz | 413,6 | 396,8 | 382,3 | 375,1 | 371,0 | 370,3 | 373,8 | 358,6 | 341,6 | 327,1 | 317,2 | 308,6 |
| R _{eff} | 0,88 | 0,87 | 0,87 | 0,88 | 0,87 | 0,88 | 0,91 | 0,93 | 0,92 | 0,89 | 0,87 | 0,86 |
| Wachstumsrate % | -0,82 | -0,72 | -0,80 | -3,19 | -4,95 | -4,89 | -4,19 | -2,28 | -2,24 | -3,08 | -4,22 | -3,50 |
| Todesfälle der letzten 7 Tage | 425 | 416 | 392 | 359 | 385 | 406 | 409 | 349 | 308 | 286 | 255 | 336 |

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur Verlängerung der 2. Novelle der 2. COVID-19 Notmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 15.01.2021; Außerkrafttreten 24.01.2021)

| AGES | 30.12. | 31.12. | 01.01. | 02.01. | 03.01. | 04.01. | 05.01. | 06.01. | 07.01. | 08.01. | 09.01. | 10.01. | 11.01. |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 7-Tages-Inzidenz | 154,8 | 155,4 | 154,1 | 151,0 | 151,2 | 149,4 | 171,2 | 169,1 | 162,8 | 162,4 | 170,7 | 170,2 | 164,6 |
| 14-Tages-Inzidenz | 310,7 | 317,5 | 314,9 | 302,0 | 298,7 | 300,9 | 323,5 | 326,4 | 318,7 | 320,2 | 331,9 | 336,1 | 332,6 |
| R _{eff} | 0,86 | 0,91 | 0,97 | 0,97 | 0,96 | 0,97 | 1,01 | 1,00 | 1,00 | 1,01 | 1,04 | 1,08 | 1,06 |
| Wachstumsrate % | -1,81 | 0,77 | 2,21 | 2,16 | -0,46 | -3,12 | -0,73 | 0,65 | 3,71 | 3,74 | 2,21 | 0,69 | -1,11 |
| Todesfälle der letzten 7 Tage | 342 | 334 | 313 | 261 | 190 | 153 | 264 | 286 | 255 | 268 | 262 | 249 | 236 |

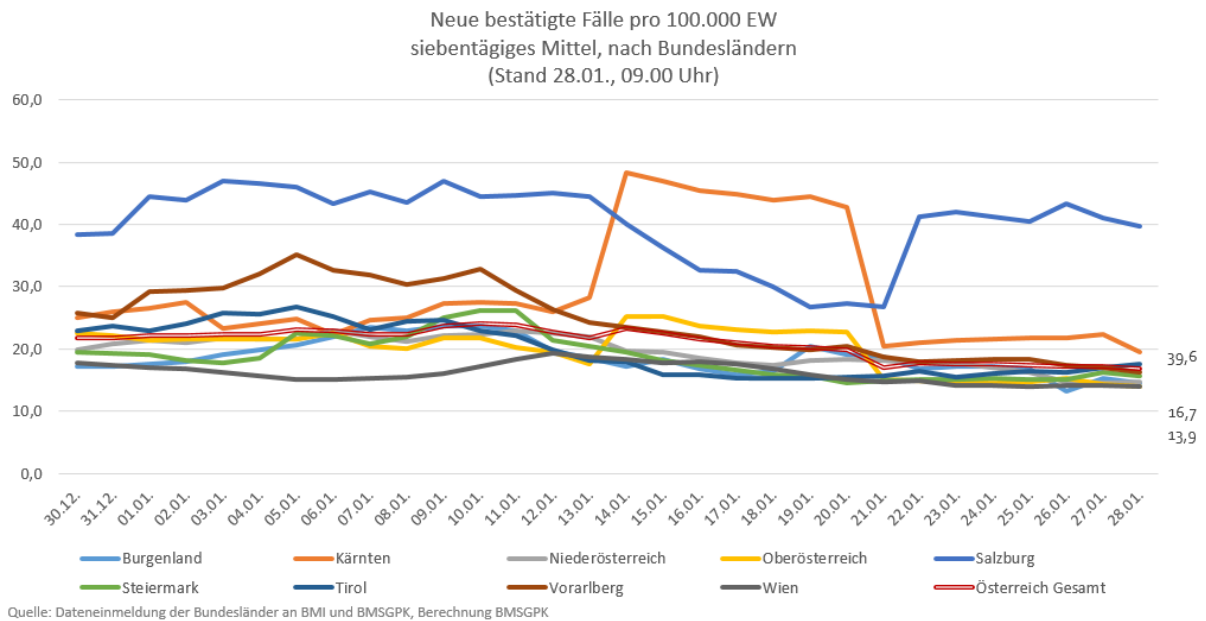
Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur 3. COVID-19 Notmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 25.01.2021; Außerkrafttreten 03.01.2021)

| AGES | 12.01.2021 | 13.01.2021 | 14.01.2021 | 15.01.2021 | 16.01.2021 | 17.01.2021 | 18.01.2021 | 19.01.2021 |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 7-Tages-Inzidenz | 157,9 | 149,3 | 143,4 | 138,1 | 131,1 | 127,3 | 123,6 | 122,6 |
| 14-Tages-Inzidenz | 326,3 | 317,9 | 304,7 | 299,2 | 300,1 | 295,5 | 286,5 | 279,9 |
| R _{eff} | 1,02 | 0,97 | 0,94 | 0,94 | 0,94 | 0,96 | 0,95 | 0,910 |
| Wachstumsrate % | -2,65 | -1,86 | -0,25 | -0,51 | -1,59 | -2,97 | -4,10 | -5,36 |
| Todesfälle der letzten 7 Tage | 256 | 260 | 246 | 247 | 243 | 242 | 244 | 256 |

Relevante Zeitspanne als Entscheidungsgrundlage zur 4. COVID-19 Notmaßnahmenverordnung (Inkrafttreten 04.01.2021; Außerkrafttreten 07.02.2021)

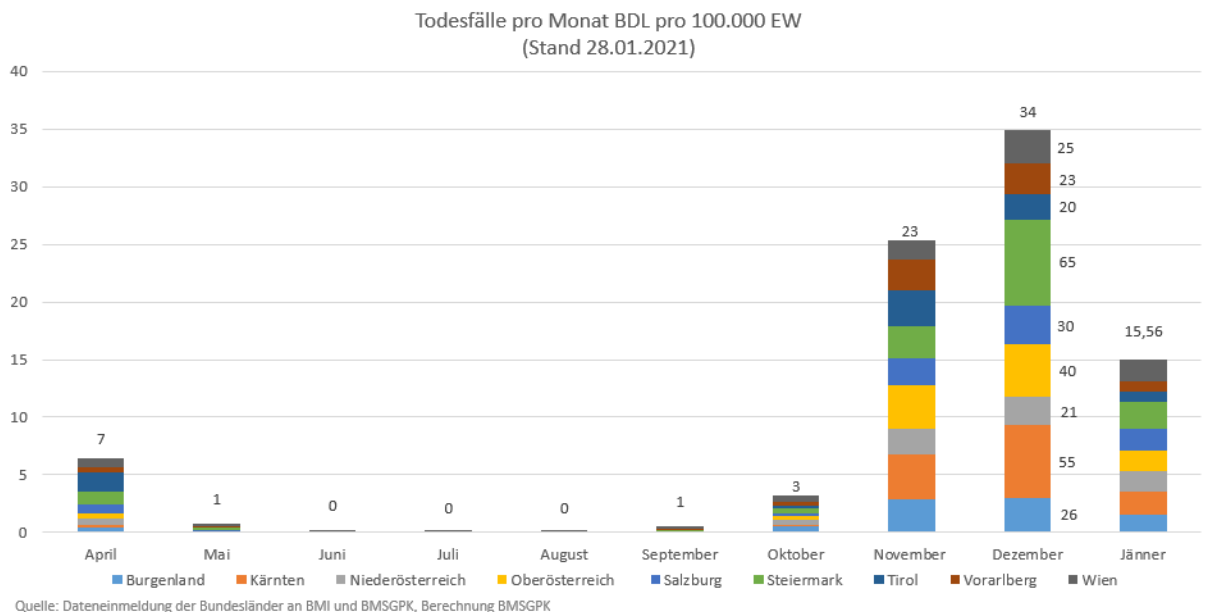
| AGES | 20.02.2021 | 21.01.2021 | 22.01.2021 | 23.01.2021 | 24.01.2021 | 25.01.2021 | 26.01.2021 | 27.01.2021 |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 7-Tages-Inzidenz | 116,5 | 117,2 | 120,3 | 118,9 | 118,2 | 116,8 | 114,9 | 114,7 |
| 14-Tages-Inzidenz | 264,8 | 260,8 | 258,5 | 248,7 | 245,5 | 239,8 | 237,1 | 231,1 |
| R _{eff} | 0,87 | 0,87 | 0,89 | 0,89 | 0,91 | 0,93 | 0,91 | 0,90 |
| Wachstumsrate % | -3,71 | -2,75 | -1,72 | 0,01 | -0,19 | -1,19 | -2,62 | -1,46 |
| Todesfälle der letzten 7 Tage | 251 | 233 | 239 | 242 | 215 | 204 | 215 | 218 |

Abbildung 1 (*)



* Am 14.01.2021 (OÖ, K) und 22.01.2021 (S) kam es aufgrund der neuen Falldefinition zu einer Nachmeldung von Fällen. Die Auswirkung auf die grafische Darstellung ist aufgrund der Berechnung des siebentägigen Mittels für den jeweiligen Zeitraum aufrecht.

Abbildung 2



Demografische Verteilung:

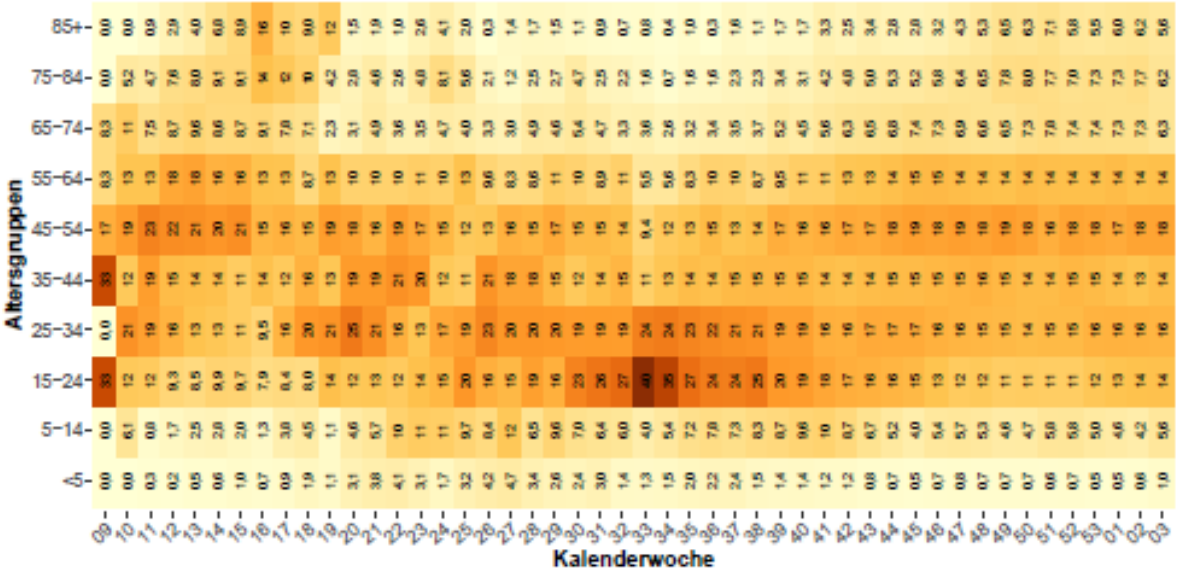
Die am stärksten betroffene Altersgruppe ist mit 7568,8 Fällen / 100.000 die Altersgruppe 85+, gefolgt von der Altersgruppe 15-24 mit einer kumulativen Inzidenz von 5927,0 Fällen / 100.000 und der Altersgruppe 25-34 mit 5434,9 Fällen / 100.000 Einwohner. In der weiblichen Bevölkerung sind die Altersgruppen 85+ mit 8047,4 Fällen / 100.000 und 15-24 mit 5917,2 Fällen / 100.000 am stärksten betroffen, während in der männlichen Bevölkerung die Altersgruppen 85+ mit 6590,0 / 100.000 und 15-24 mit 5936,3 Fällen / 100.000 am stärksten betroffen sind. Die meisten COVID-19-Fälle (77%)

sind zwischen 15 und 64 Jahre alt. Frauen (51,5%) und Männer (48,5%) sind vergleichbar häufig betroffen. Unter den Todesfällen sind Männer (52,2%) stärker als Frauen (47,8%) vertreten. (Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES 27.01.2021).

Der prozentuelle Anteil der Altersgruppen an den Infizierten pro KW in Abbildung 3 zeigt eine ansteigende Tendenz der prozentuellen Anteile der über 75-jährigen Menschen an den Infizierten - etwa von Anfang September bis KW 51 2020, danach ein leichtes Absinken auf weiterhin relativ hohe Prozentsätze. (siehe Abbildung 3, Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES 27.01.2021). Die Zahl der aktiven Fälle/Tag in Alten- und Pflegeheimen sinkt zwar in den letzten Tagen bis dato (28.01.2021), liegt allerdings nach wie vor auf relativ hohem Niveau (siehe Abbildung 5). Da sich schwere Verläufe häufiger in den älteren Bevölkerungsgruppen zeigen, ist damit einhergehend weiterhin eine relativ hohe Zahl von Hospitalisierungen, des Belags auf Intensivstationen und Todesfällen zu erwarten.

Abbildung 3

Altersverteilung der Fälle (in Prozent) nach Kalenderwoche der Labordiagnose
Quelle: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES vom 27.01.2021



Clustersettings und geografische Verteilung:

Quelle: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES vom 30.10.2020 bis 27.01.2021

Indikatoren KW 45 (im Vergleich zu KW 44); Stand 11.11.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle an neu identifizierten Fällen (%): **10% (-6,3)**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle an neu identifizierten Fällen (%): **18,3% (-14,9)**
- Anteil durch Umfeld-Screening identifizierte Clusterfälle an neu identifizierten Clusterfällen: **29,9% (-8,6)**
- Anzahl der von reise-assoziierten Clusterfällen betroffenen Bezirke: **30 (-17)**

Indikatoren KW 46 (im Vergleich zu KW 45); Stand 22.11.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle an neu identifizierten Fällen (%): **11,8% (-2,1)**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle an neu identifizierten Fällen (%): **21,4% (-5,0)**

- Anteil durch Umfeld-Screening identifizierte Clusterfälle an neu identifizierten Clusterfällen: **32,2% (+1,1)**
- Anzahl der von reise-assoziierten Clusterfällen betroffenen Bezirke: **25 (-12)**

Indikatoren KW 47 (im Vergleich zu KW 46); Stand 23.11.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle an neu identifizierten Fällen (%): **6,5% (-4,6)**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle an neu identifizierten Fällen (%): **6,3% (-17,1)**
- Anteil durch Umfeld-Screening identifizierte Clusterfälle an neu identifizierten Clusterfällen: **19,2% (-10,5)**
- Anzahl der von reise-assoziierten Clusterfällen betroffenen Bezirke: **6 (-19)**

Indikatoren KW 48 (im Vergleich zu KW 47); Stand 02.12.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle an neu identifizierten Fällen (%): **12,8% (-1,6)**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle an neu identifizierten Fällen (%): **15,7% (-11,6)**
- Anteil durch Umfeld-Screening identifizierte Clusterfälle an neu identifizierten Clusterfällen: **19,7% (-7,9)**
- Anzahl der von reise-assoziierten Clusterfällen betroffenen Bezirke: **11 (-16)**

Indikatoren KW 49 (im Vergleich zu KW 48); Stand 10.12.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle an neu identifizierten Fällen (%): **16,3% (+1,6)**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle an neu identifizierten Fällen (%): **23,0% (-8,5)**
- Anteil durch Umfeld-Screening identifizierte Clusterfälle an neu identifizierten Clusterfällen: **18% (-8,3)**
- Anzahl der von reise-assoziierten Clusterfällen betroffenen Bezirke: **6 (-18)**

Indikatoren KW 50 (im Vergleich zu KW 49); Stand 17.12.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle an neu identifizierten Fällen (%): **19,7% (+0,7)**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle an neu identifizierten Fällen (%): **30,4% (-6,9)**
- Anteil durch Umfeld-Screening identifizierte Clusterfälle an neu identifizierten Clusterfällen: **24,8% (-3,1)**
- Anzahl der von reise-assoziierten Clusterfällen betroffenen Bezirke: **12 (-12)**

*Indikatoren KW 51; Stand 29.12.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle exkl. Wien (%): **21%**
- Anteil asymptomatischer Fälle Wien (%): **27,4%**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle exkl Wien (%): **39,2%**

Indikatoren KW 52; Stand 29.12.2020:

- Anteil asymptomatischer Fälle exkl. Wien (%): **16,8%**
- Anteil asymptomatischer Fälle Wien (%): **17,6%**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle exkl Wien (%): **19,2%**

Indikatoren KW 53; Stand 11.01.2021:

- Anteil asymptomatischer Fälle exkl. Wien (%): **14,7%**
- Anteil asymptomatischer Fälle Wien (%): **14,7%**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle exkl Wien (%): **32,7%**

Indikatoren KW 1; Stand 11.01.2021:

- Anteil asymptomatischer Fälle exkl. Wien (%): **14,1%**
- Anteil asymptomatischer Fälle Wien (%): **16,1%**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle exkl Wien (%): **8,1%**

Indikatoren KW 2; Stand 19.01.2021:

- Anteil asymptomatischer Fälle exkl. Wien (%): **17,2%**
- Anteil asymptomatischer Fälle Wien (%): **25,3%**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle exkl Wien (%): **41,1%**

Indikatoren KW 3; Stand 27.01.2021:

- Anteil asymptomatischer Fälle exkl. Wien (%): **19,8%**
- Anteil asymptomatischer Fälle Wien (%): **26,0%**
- Anteil Fälle mit geklärter Quelle exkl Wien (%): **50,7%**

*Neue Darstellung der wöchentlichen Indikatoren im täglichen AGES Lagebericht: Keine Darstellung des Vergleichs zur vorhergehenden Kalenderwoche enthalten; tägliche Darstellung der letzten 6 Kalenderwochen; gesonderte Auflistung von Wien.

Clustersettings sind weiterhin gehäuft in Haushalten sowie vereinzelt im Freizeit-Kontext und in Alten- und Pflegeheime zu finden (Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich 27.01.2021, AGES).

Die höchste kumulative 7-Tages-Inzidenz / 100.000 EW (20.01.2021 – 26.01.2021) verzeichnet das Bundesland Salzburg mit 208,1 Fällen / 100.000 (Fälle = 1.162), gefolgt von Vorarlberg und Kärnten mit 180,8 Fällen / 100.000 (Fälle = 718) und 156,8 Fällen / 100.000 (Fälle = 880). (Quelle: SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich 27.01.2021, AGES).

3. Fallzahlenentwicklung

Hinweis: gemäß internationaler (WHO) und EU-weiter (ECDC) Nomenklatur werden unter COVID-19-Fällen sowohl akute SARS-CoV-2-Infektionen als auch COVID-19-Erkrankungen zusammengefasst.

Über die Sommermonate bis Ende August 2020 wurden täglich niedrige Fallzahlen auf einem stabilen Niveau verzeichnet. Seit Anfang September ist ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen zu verzeichnen, wobei sich im Laufe des Oktobers ein steiler Anstieg abgezeichnet hat. Auch nach dem 3.11.2020, dem Datum des in Krafttretens der SchuMaV, ist eine weitere Zunahme der Fallzahlen bis etwa Mitte November 2020 zu verzeichnen (siehe Abbildung 4). Am 13.11.2020 war ein Peak mit 9568 neu bestätigte Fällen zu verzeichnen. Die COVID-19-Notmaßnahmenverordnung ist am 17.11.2020 in Kraft getreten. In den Tagen nach dem 18.11.2020 zeigt sich ein vorerst leichtes Absinken der Zahl täglich neu bestätigter Fälle. Nach dem 25.11.2020 ist ein deutliches Sinken der Zahl der täglich neu bestätigten Fälle zu erkennen, allerdings bewegten sich die Fallzahlen auch nach außer Kraft treten der COVID-19 Notmaßnahmenverordnung am 06.12.2020 weiterhin auf einem hohen Niveau. Ab Anfang Dezember wurde nur mehr ein leichter Rückgang der Neuinfektionen verzeichnet. Folglich trat am 26.12.2020 die 2. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung in Kraft. Seit Ende Dezember bis 12.01.2021 kam es zu einem weitgehenden Stagnieren der Zahl aktiver Fälle. Zuletzt kam es allerdings zu einer Reduktion der aktiven Fälle und der täglich neu bestätigten Fälle (siehe Abbildung 4, 7, 9).

Abbildung 4

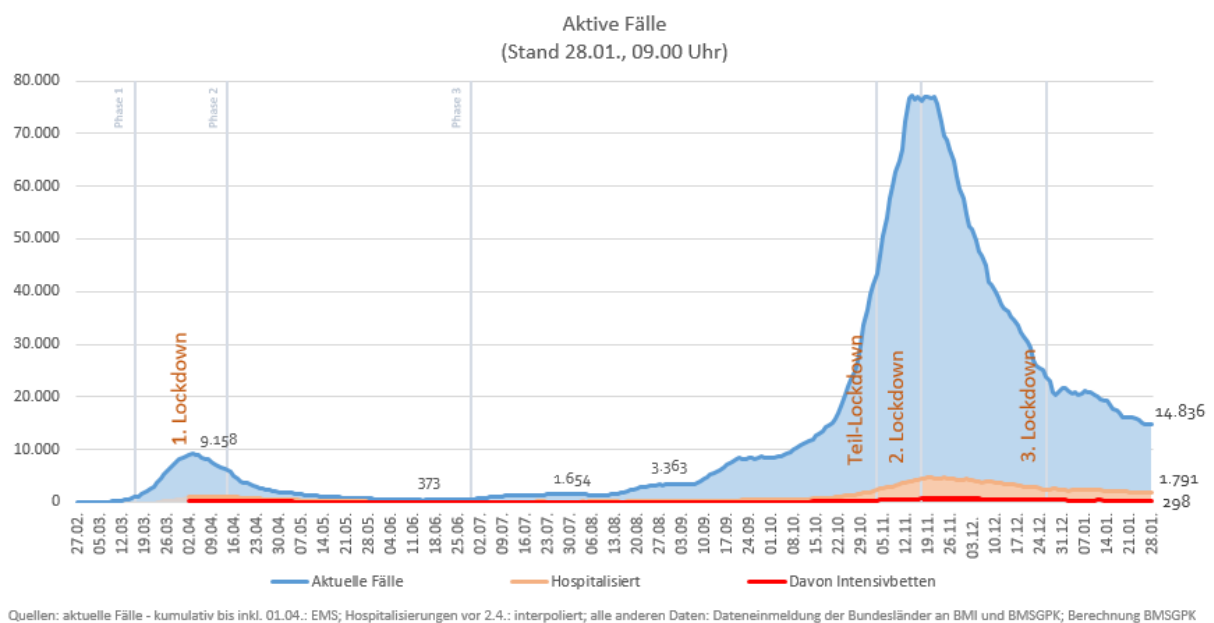
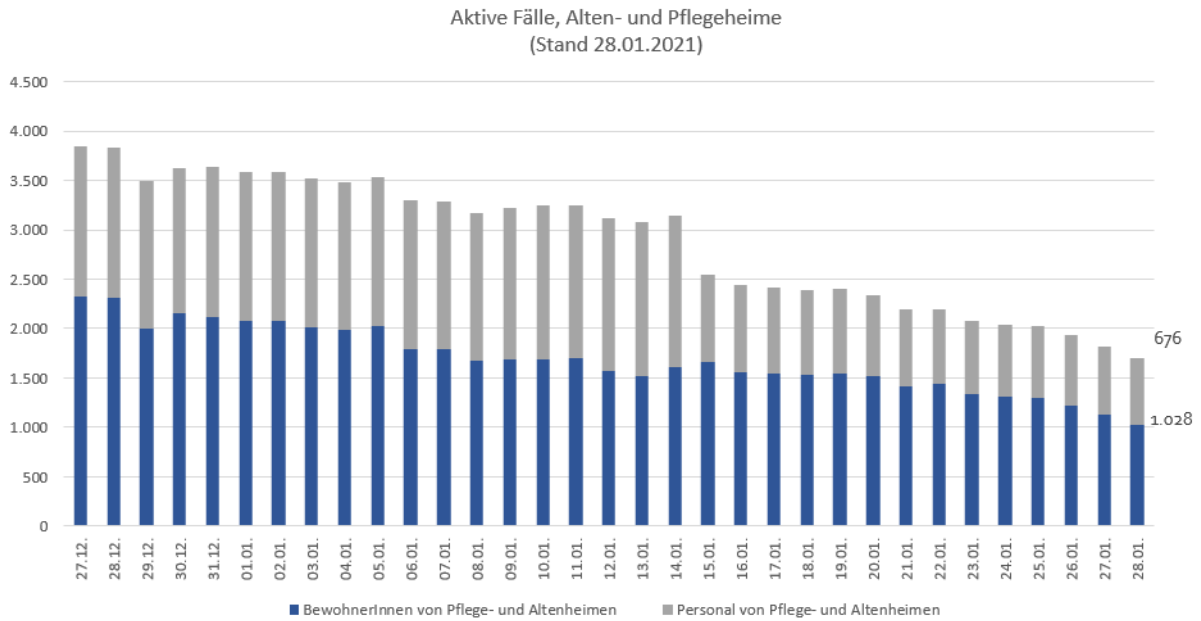


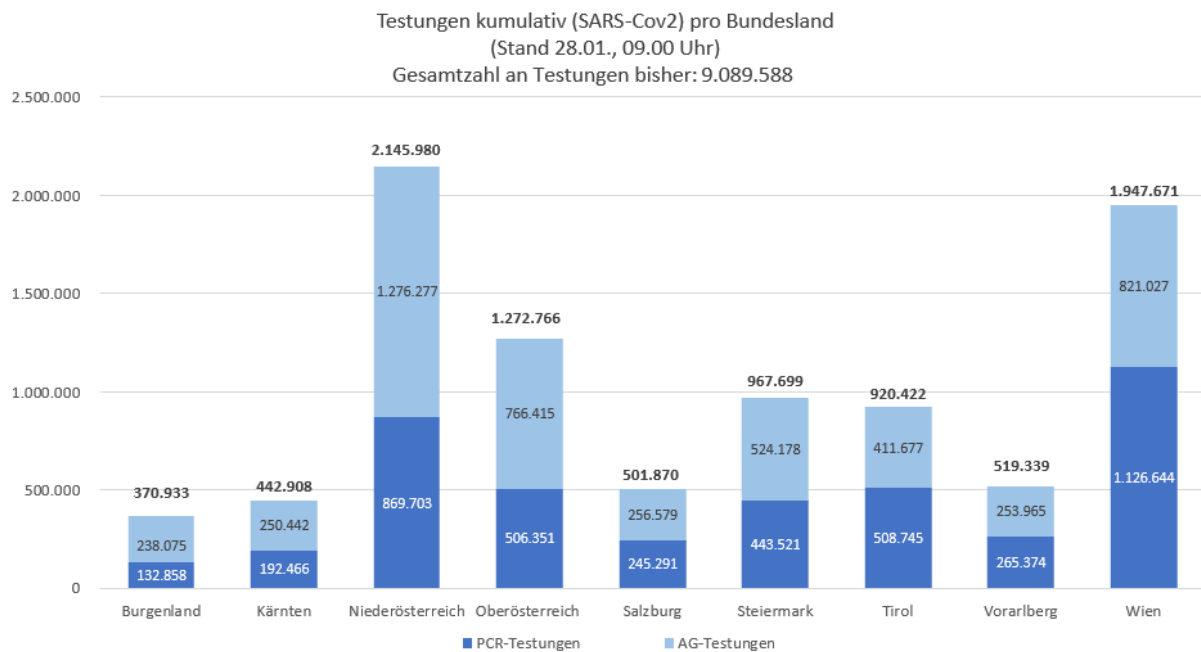
Abbildung 5

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



Mit Stand 27.01. gab es 1.449 Neuinfektionen bei 1.436 Neu-Genesenen. Am Donnerstag vor einer Woche waren es 1.702 Neuinfektionen. Es wurden seit gestern österreichweit 30.901 PCR-Testungen sowie 61.543 AG-Testungen eingemeldet (9.089.588 Testungen kumulativ, 4.290.953 PCR-Testungen kumulativ und 4.798.635 AG-Testungen kumulativ) siehe Abbildung 6. (Quelle: Datenübermittlung der Bundesländer an BMI und BMSGPK, 28.01.2021)

Abbildung 6



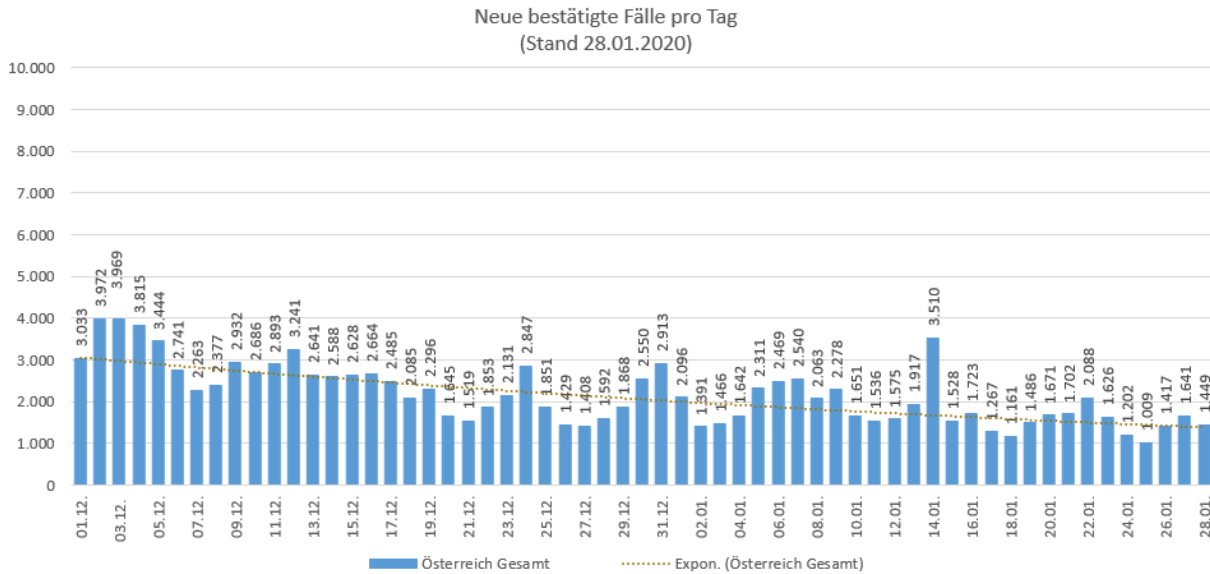
Quelle: Datenübermittlung der Bundesländer an das BMSGPK; Berechnung BMSGPK

Derzeit gibt es 14.836 aktive Fälle (1.791 davon hospitalisiert). Gestern waren es 14.866 aktive Fälle. Es gibt 7.607 Todesfälle lt. Datenübermittlung der Bundesländer (+43 seit gestern). Es sind -30 aktive

Fälle weniger als gestern (gestern: +167 aktive Fälle mehr). (Quelle: Datenübermittlung der Bundesländer an BMI und BMSGPK, 28.01.2021)

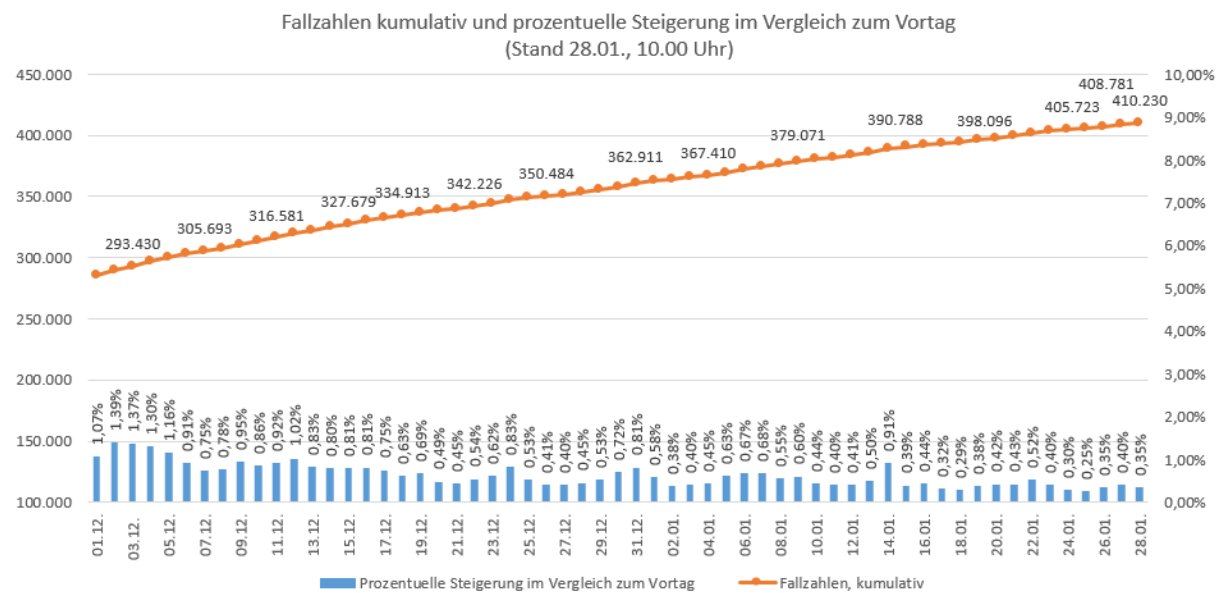
Die Bandbreite beim Anstieg der Neuinfektionen reicht von 0,26% (Vlbg) bis zu 0,43% (NÖ). Bundesweit liegt die Rate bei ca. 0,35% (gestern: 0,40%) (siehe Abbildung 8). (Quelle: Datenübermittlung der Bundesländer an BMI und BMSGPK, 28.01.2021)

Abbildung 7



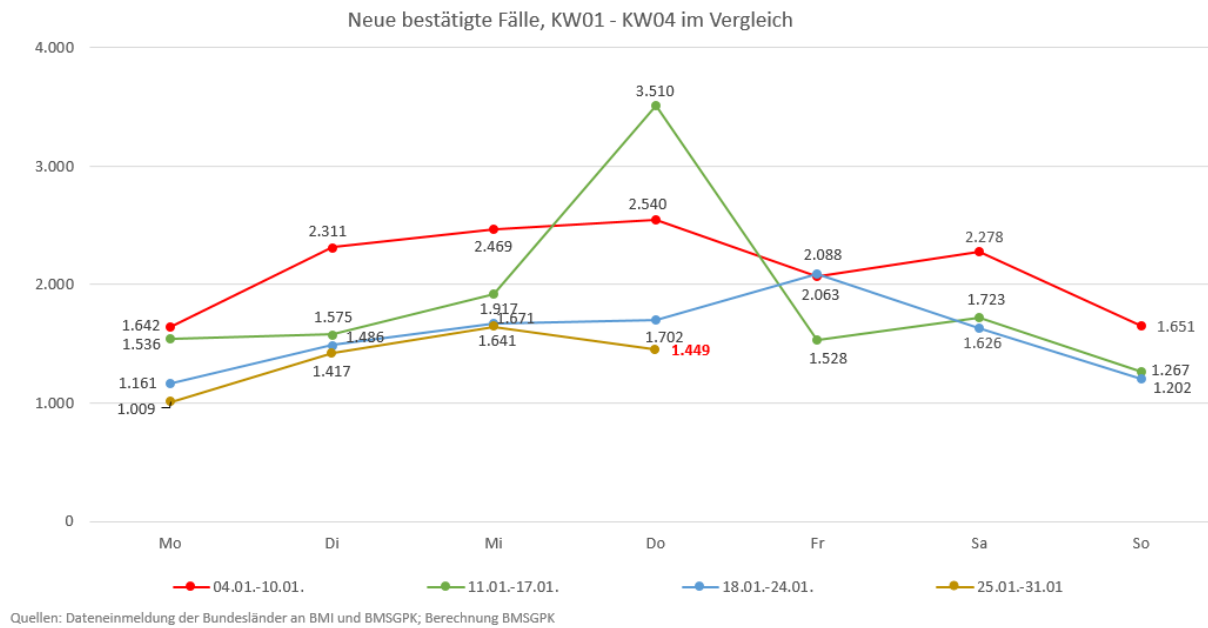
Quelle: Dateneinmeldung der Bundesländer an BMI und BMSGPK, Berechnung BMSGPK

Abbildung 8



Quelle: Datenübermittlung der Bundesländer an das BMSGPK; Berechnung BMSGPK

Abbildung 9 (*)



* Am 14.01.2021 (OÖ, K) und 22.01.2021 (S) kam es aufgrund der neuen Falldefinition zu einer Nachmeldung von Fällen.

Dadurch, dass der % Anteil älterer Menschen (über 75-jährige) an der gesamten Anzahl der SARS-CoV-2- Fälle in den vergangenen KWs bis 09.12.2020 weiter zugenommen hat und danach zwar abge-sunken ist, aber sich dennoch weiterhin auf hohem Niveau bewegt (siehe Tabelle 2) und weil sich schwere Verläufe häufiger bei der älteren Bevölkerung zeigen, ist damit einhergehend weiterhin eine hohe Belagszahl auf Normalstationen und Intensivstationen (Abbildung 10, 11) und eine hohe Anzahl der Todesfälle (Abbildung 2) zu beobachten. Die Todesfälle pro Monat pro 100 000 Einwohner lagen im Dezember auf dem höchsten Niveau des Jahres 2020.

Tabelle 2:

Kumulative Anzahl der Fälle von SARS-CoV-2 Infektionen nach Altersgruppe der vergangenen 7 Tage
Quelle: Täglicher Lagebericht für Österreich, AGES vom 30.10.2020 bis 27.01.2021

(20.01.2021 – 26.01.2021)

| Altersgruppe | Fälle | in % | pro 100.000 EW |
|--------------|-------|------|----------------|
| <5 | 120 | 1,2 | 27,5 |
| 5-14 | 588 | 5,8 | 69,4 |
| 15-24 | 1.345 | 13,2 | 140,7 |
| 25-34 | 1.592 | 15,6 | 131,7 |
| 35-44 | 1.492 | 14,6 | 127,0 |
| 45-54 | 1.831 | 17,9 | 137,3 |
| 55-64 | 1.379 | 13,5 | 110,2 |
| 65-74 | 627 | 6,1 | 74,5 |
| 75-84 | 672 | 6,6 | 107,5 |
| 85+ | 562 | 5,5 | 248,3 |

(12.01.2021 – 18.01.2021)

| Altersgruppe | Fälle | in % | pro 100.000 EW |
|--------------|-------|------|----------------|
| <5 | 56 | 0,5 | 12,8 |
| 5-14 | 473 | 4,3 | 55,8 |
| 15-24 | 1.438 | 13,2 | 150,5 |
| 25-34 | 1.719 | 15,8 | 142,2 |
| 35-44 | 1.408 | 12,9 | 119,9 |
| 45-54 | 1.995 | 18,3 | 149,6 |
| 55-64 | 1.517 | 13,9 | 121,3 |
| 65-74 | 806 | 7,4 | 95,7 |
| 75-84 | 832 | 7,6 | 133,1 |
| 85+ | 670 | 6,1 | 296,0 |

(04.01.2021 – 10.01.2021)

| Altersgruppe | Fälle | in % | pro 100.000 EW |
|--------------|-------|------|----------------|
| <5 | 72 | 0,5 | 16,5 |
| 5-14 | 659 | 4,5 | 77,8 |
| 15-24 | 1.912 | 13,1 | 200,1 |
| 25-34 | 2.330 | 15,9 | 192,7 |
| 35-44 | 2.019 | 13,8 | 171,9 |
| 45-54 | 2.498 | 17,1 | 187,3 |
| 55-64 | 2.132 | 14,6 | 170,4 |
| 65-74 | 1.067 | 7,3 | 126,7 |
| 75-84 | 1.077 | 7,4 | 172,2 |
| 85+ | 885 | 6,0 | 391,0 |

(29.12.2020 – 04.01.2021)

| Altersgruppe | Fälle | in % | pro 100.000 EW |
|--------------|-------|------|----------------|
| <5 | 67 | 0,4 | 15,4 |
| 5-14 | 745 | 4,9 | 87,9 |
| 15-24 | 1.950 | 12,8 | 204,1 |
| 25-34 | 2.437 | 16,0 | 201,6 |
| 35-44 | 2.206 | 14,5 | 187,8 |
| 45-54 | 2.624 | 17,2 | 196,7 |
| 55-64 | 2.111 | 13,9 | 168,7 |
| 65-74 | 1.120 | 7,3 | 133,0 |
| 75-84 | 1.121 | 7,4 | 179,3 |
| 85+ | 858 | 5,6 | 379,1 |

(22.12.2020 – 28.12.2020)

| Altersgruppe | Fälle | in % | pro 100.000 EW |
|--------------|-------|------|----------------|
| <5 | 88 | 0,7 | 20,2 |
| 5-14 | 737 | 5,5 | 87,0 |
| 15-24 | 1.534 | 11,4 | 160,5 |
| 25-34 | 1.984 | 14,8 | 164,1 |
| 35-44 | 2.049 | 15,3 | 174,4 |
| 45-54 | 2.449 | 18,3 | 183,6 |
| 55-64 | 1.855 | 13,8 | 148,3 |
| 65-74 | 985 | 7,4 | 117,0 |
| 75-84 | 939 | 7,0 | 150,2 |
| 85+ | 779 | 5,8 | 344,2 |

(17.12.2020 – 23.12.2020)

| Altersgruppe | Fälle | in % | pro 100.000 EW |
|--------------|-------|------|----------------|
| <5 | 98 | 0,7 | 22,5 |
| 5-14 | 781 | 5,4 | 92,2 |
| 15-24 | 1.547 | 10,8 | 161,9 |
| 25-34 | 2.136 | 14,9 | 176,7 |
| 35-44 | 2.152 | 15,0 | 183,2 |
| 45-54 | 2.497 | 17,4 | 187,2 |
| 55-64 | 1.978 | 13,8 | 158,1 |
| 65-74 | 1.046 | 7,3 | 124,2 |
| 75-84 | 1.100 | 7,7 | 175,9 |
| 85+ | 1.000 | 7,0 | 441,8 |

(10.12.2020 – 16.12.2020)

| Altersgruppe | Fälle | in % | pro 100.000 EW |
|--------------|-------|------|----------------|
| <5 | 115 | 0,6 | 26,4 |
| 5-14 | 940 | 5,1 | 111,0 |
| 15-24 | 2.131 | 11,5 | 223,0 |
| 25-34 | 2.707 | 14,6 | 223,9 |
| 35-44 | 2.646 | 14,3 | 225,2 |
| 45-54 | 3.211 | 17,3 | 240,7 |
| 55-64 | 2.642 | 14,3 | 211,2 |
| 65-74 | 1.485 | 8,0 | 176,4 |
| 75-84 | 1.434 | 7,7 | 229,3 |
| 85+ | 1.218 | 6,6 | 538,2 |

(03.12.2020 – 09.12.2020)

| Altersgruppe | Fälle | in % | pro 100.000 EW |
|--------------|-------|------|----------------|
| <5 | 142 | 0,7 | 32,6 |
| 5-14 | 963 | 4,9 | 113,7 |
| 15-24 | 2.228 | 11,4 | 233,1 |
| 25-34 | 2.820 | 14,4 | 233,2 |
| 35-44 | 2.874 | 14,7 | 244,6 |
| 45-54 | 3.695 | 18,9 | 277,0 |
| 55-64 | 2.680 | 13,7 | 214,2 |
| 65-74 | 1.299 | 6,6 | 154,3 |
| 75-84 | 1.587 | 8,1 | 253,8 |
| 85+ | 1.254 | 6,4 | 554,1 |

(01.12.2020 – 07.12.2020)

| Altersgruppe | Fälle | in % | pro 100.000 EW |
|--------------|-------|------|----------------|
| <5 | 149 | 0,7 | 34,2 |
| 5-14 | 933 | 4,4 | 110,1 |
| 15-24 | 2.355 | 11,2 | 246,4 |
| 25-34 | 3.121 | 14,8 | 258,1 |
| 35-44 | 3.119 | 14,8 | 265,5 |
| 45-54 | 4.049 | 19,2 | 303,6 |
| 55-64 | 2.848 | 13,5 | 227,6 |
| 65-74 | 1.412 | 6,7 | 167,7 |
| 75-84 | 1.720 | 8,1 | 275,1 |
| 85+ | 1.409 | 6,7 | 622,6 |

(25.11.2020 – 01.12.2020)

| Altersgruppe | Fälle | in % | pro 100.000 EW |
|--------------|-------|------|----------------|
| <5 | 182 | 0,7 | 41,8 |
| 5-14 | 1.411 | 5,1 | 166,5 |
| 15-24 | 3.289 | 11,9 | 344,2 |
| 25-34 | 4.095 | 14,8 | 338,7 |
| 35-44 | 4.316 | 15,6 | 367,4 |
| 45-54 | 5.078 | 18,3 | 380,7 |
| 55-64 | 3.852 | 13,9 | 307,9 |
| 65-74 | 1.876 | 6,8 | 222,8 |
| 75-84 | 1.946 | 7,0 | 311,2 |
| 85+ | 1.643 | 5,9 | 725,9 |

(18.11.2020 – 24.11.2020)

| Altersgruppe | Fälle | in % | pro 100.000 EW |
|--------------|-------|------|----------------|
| <5 | 268 | 0,7 | 61,5 |
| 5-14 | 2.029 | 5,5 | 239,5 |
| 15-24 | 4.406 | 12,0 | 461,1 |
| 25-34 | 5.684 | 15,5 | 470,1 |
| 35-44 | 5.828 | 15,9 | 496,1 |
| 45-54 | 6.946 | 18,9 | 520,7 |
| 55-64 | 5.188 | 14,1 | 414,7 |
| 65-74 | 2.432 | 6,6 | 288,8 |
| 75-84 | 2.328 | 6,3 | 372,3 |
| 85+ | 1.656 | 4,5 | 731,7 |

(11.11.2020 – 17.11.2020)

| Altersgruppe | Fälle | in % | pro 100.000 EW |
|--------------|-------|------|----------------|
| <5 | 334 | 0,7 | 76,6 |
| 5-14 | 2.587 | 5,6 | 305,3 |
| 15-24 | 5.848 | 12,6 | 612,0 |
| 25-34 | 7.491 | 16,1 | 619,6 |
| 35-44 | 7.068 | 15,2 | 601,7 |
| 45-54 | 8.663 | 18,6 | 649,5 |
| 55-64 | 6.875 | 14,8 | 549,5 |
| 65-74 | 3.365 | 7,2 | 399,6 |
| 75-84 | 2.764 | 5,9 | 442,1 |
| 85+ | 1.561 | 3,4 | 689,7 |

(04.11.2020 – 10.11.2020)

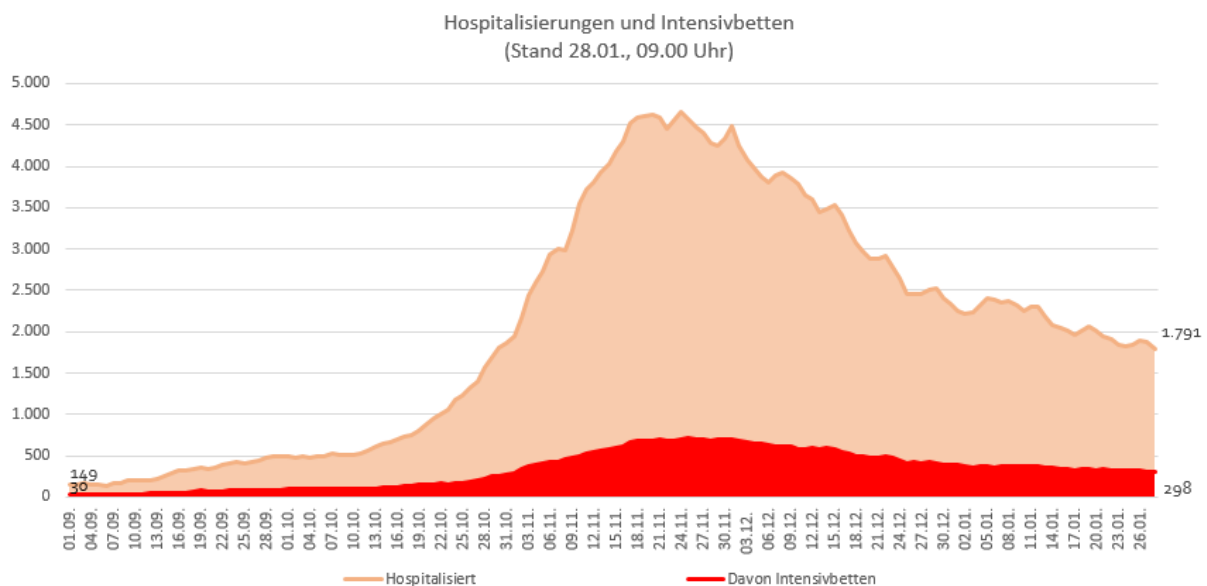
| Altersgruppe | Fälle | in % | pro 100.000 EW |
|--------------|-------|------|----------------|
| <5 | 258 | 0,6 | 59,2 |
| 5-14 | 1.849 | 4,3 | 218,2 |
| 15-24 | 6.316 | 14,5 | 660,9 |
| 25-34 | 7.267 | 16,7 | 601,1 |
| 35-44 | 6.331 | 14,6 | 538,9 |
| 45-54 | 8.039 | 18,5 | 602,7 |
| 55-64 | 6.423 | 14,8 | 513,4 |
| 65-74 | 3.333 | 7,7 | 395,8 |
| 75-84 | 2.382 | 5,5 | 381,0 |
| 85+ | 1.306 | 3,0 | 577,0 |

(28.10.2020 – 03.11.2020)

| Altersgruppe | Fälle | in % | pro 100.000 EW |
|--------------|-------|------|----------------|
| <5 | 217 | 0,6 | 49,8 |
| 5-14 | 1.509 | 4,5 | 178,1 |
| 15-24 | 5.136 | 15,3 | 537,4 |
| 25-34 | 5.693 | 16,9 | 470,9 |
| 35-44 | 4.921 | 14,6 | 418,9 |
| 45-54 | 6.143 | 18,3 | 460,5 |
| 55-64 | 4.878 | 14,5 | 389,9 |
| 65-74 | 2.367 | 7,0 | 281,1 |
| 75-84 | 1.829 | 5,4 | 292,5 |
| 85+ | 949 | 2,8 | 419,3 |

Die Hospitalisierungen gesamt (1.791) sind gesunken, -82 seit gestern. Auf Normalbetten liegen heute 1.493 Patient/innen. Bei den Intensivbetten ist die Zahl gesunken, heute sind es 298 (-13 seit gestern). Im Vergleich zu vor einer Woche sind die Hospitalisierungszahlen gesamt gesunken (heute - 7,97% im Vergleich zum 21. Jänner), auf Intensivbetten liegen heute weniger Patient/innen als vor einer Woche (-12,35%). (Quelle: Datenübermittlung der Bundesländer an BMI und BMSGPK, 28.01.2021)

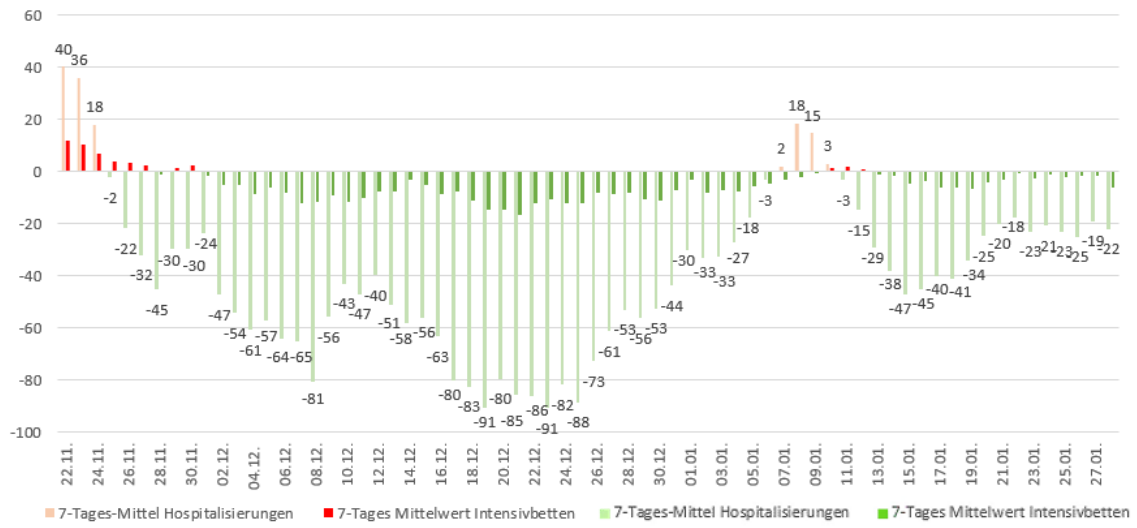
Abbildung 10



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

Abbildung 11

Täglicher Zuwachs Hospitalisierungen und täglicher Zuwachs Intensivbetten, 7-Tägiges-Mittel
(Stand 28.01.2021)



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

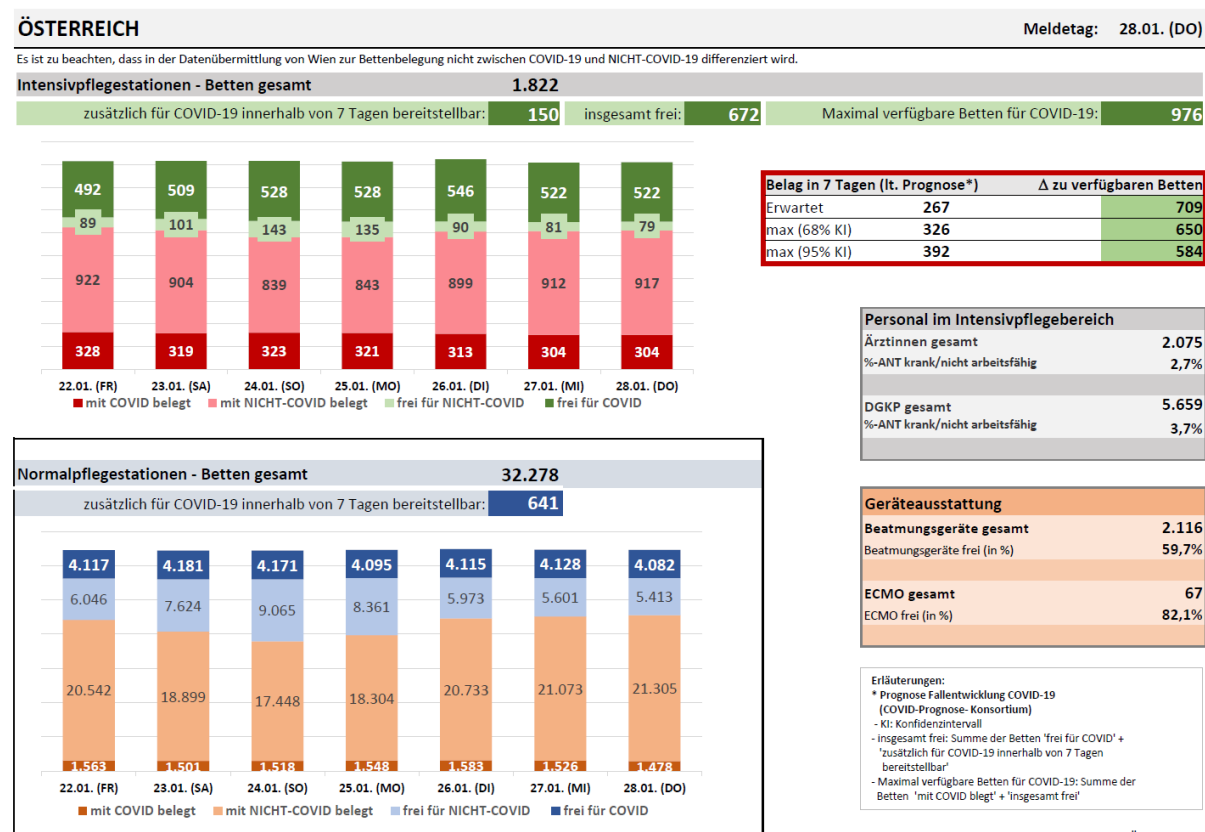
4. Kapazitäten und aktuelle Auslastung in Krankenhäusern

Kurzfassung des aktuellen Letztstands zur Kapazitätsmeldung von **Donnerstag, 28.01.2021** und eine aktuelle graphisch aufbereitete 7-Tagesübersicht (**22.01. bis 28.01.2021**).

Beatmungsgeräte sind in allen Bundesländern noch frei verfügbar. Insgesamt sind österreichweit (ohne Wien) **60 %** der Beatmungsgeräte verfügbar.

- Bettenkapazitäten im **Normalpflegebereich** stehen weiterhin zur Verfügung. Österreichweit gegenüber dem Vortag insgesamt abnehmender **Covid-19-Belag** (-48), wobei jedoch Zunahmen in BGL (+4) und Wien (+2) verzeichnet wurden. Insgesamt werden derzeit österreichweit auf den Normalpflegestationen 1.478 COVID-Fälle betreut.
- Bettenkapazitäten im Intensivpflegebereich stehen noch zur Verfügung. Insgesamt sind die **Covid-19-Fälle auf Intensivstationen** bundesweit gegenüber dem Vortag gleichgeblieben, wobei Zunahmen in KNT/SBG/BGL/W (+1) zu verzeichnen waren. Insgesamt werden derzeit auf den Intensivpflegestationen 304 Covid-19-Fälle betreut.
- Per 28.01.2021 lag die **Auslastung** aller für COVID nutzbaren **Intensivbetten** gemäß Ländermeldungen an das BMSGKP bei **31,1%**. Bezogen auf die gesamte Bettenkapazität auf Intensivpflegestationen (per 28.01.2021 1.822 Betten in ges. Ö) lag die Auslastung bei **16,7%**.
- **Personalausfälle im Intensivbereich** sind weiterhin überschaubar. Höchste Werte bei ärztlichem Personal in BGL (9%), STMK/NÖ/OÖ (3%) und bei DGKP in BGL (6%), OÖ/STMK/KNT/NÖ/SBG (4%).

Grafische Darstellung zur Auslastung der Kapazitäten in Österreich



S4-KAPAZITÄTENERHEBUNG

Anteil der freien Beatmungsgeräte und des nicht arbeitsfähigen Personals

| | Anteil freier Beatmungsgeräte | Anteil nicht arbeitsfähiger Ärztinnen/-Ärzte | |
|-------------------------------|-------------------------------|--|------|
| | | | DGKP |
| Burgenland | 13% | 9% | 6% |
| Kärnten | 72% | 2% | 4% |
| Niederösterreich | 68% | 3% | 4% |
| Oberösterreich | 48% | 3% | 4% |
| Salzburg | 35% | 1% | 4% |
| Steiermark | 76% | 3% | 4% |
| Tirol | 26% | 2% | 3% |
| Vorarlberg | 60% | 1% | 1% |
| Wien | k.A. | k.A. | k.A. |
| Österreich (ohne Wien) | 60% | 3% | 4% |

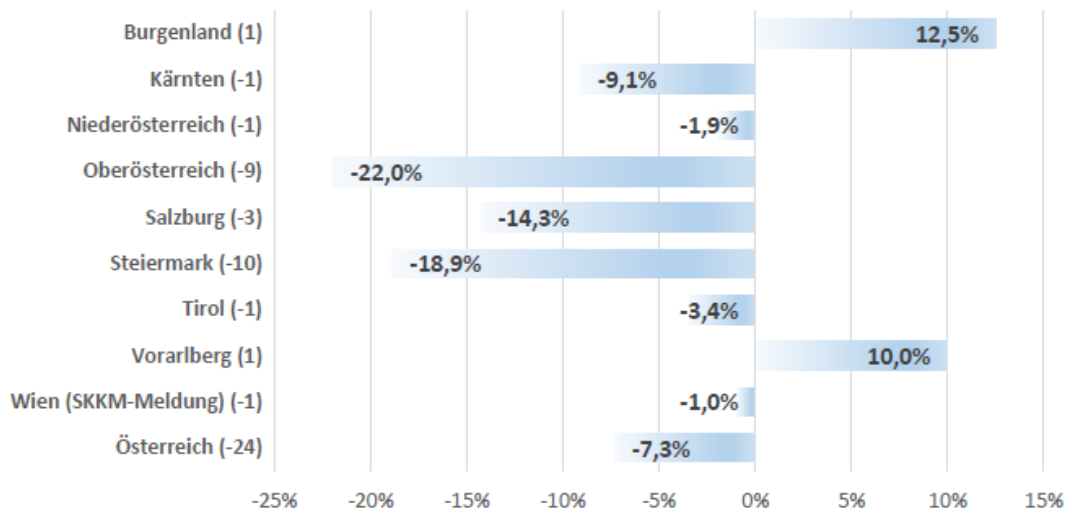
Anmerkungen: **rot:** Anteil freier Beatmungsgeräte < 35 % / **rot:** Anteil nicht arbeitsfähiges Personal > 10 %

| | heutiger COVID-19-Belag | Veränderung COVID-19-Belag zum Vortag | frei gesamt (in%)* |
|------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|--------------------|
| Burgenland | 9 | 1 | 23% |
| Kärnten | 10 | 1 | 18% |
| Niederösterreich | 53 | 0 | 32% |
| Oberösterreich | 32 | -5 | 28% |
| Salzburg | 18 | 1 | 23% |
| Steiermark | 43 | -1 | 32% |
| Tirol | 28 | 2 | 26% |
| Vorarlberg | 11 | 0 | 19% |
| Wien (SKKM-Meldung)** | 100 | 1 | |
| Österreich gesamt** | 304 | 0 | |

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

** Für Wien und Österreich gesamt wird kein Wert "frei gesamt (in%)" ausgewiesen, da in der Datenübermittlung von Wien zur Bettenbelegung nicht zwischen COVID-19 und NICHT-COVID-19 differenziert wird.

Entwicklung der COVID-19-Belagszahlen in den letzten 7 Tagen



Anmerkung: Veränderung des COVID-19 Belags in den letzten 7 Tagen, absolut (in Klammer) und in %

-Belagszahlen beziehen sich auf Intensivpflegestationen

5. Prognose und Kapazitätsvorschau

Die Entwicklung der Fallzahlen wird seit April im Rahmen von Prognoserechnungen wöchentlich modelliert, um eine zumindest kurzfristige Vorausschau zu ermöglichen. Am **Dienstag**, 26.01.2021 wurde eine neue Prognose durch das vom Gesundheitsministerium beauftragte COVID-Prognosekonsortium (GÖG, MUW/csh, TU Wien/dwh, AGES) zur Entwicklung der COVID-19 Fälle errechnet. Die Ausführungen über die künftige Entwicklung der Coronaerkrankten wurde in einem multiplikativen Prozess aus den Modelloutputs der oben genannten Institutionen ermittelt. Ausgangspunkt für die Szenarientwicklung waren folgende Annahmen: (1) Die ergriffenen Maßnahmen zur Reduktion der Sozialkontakte wirken effektiv (auf das angestrebte Verhalten); (2) Aufgrund der Inkubationszeit treten die Wirkungen zeitverzögert ein. Ergänzende Beschreibungen zu den Modellannahmen sind der Beilage 4 „Prognose Fallentwicklung COVID-19 / Bettenkapazitäten vom 28.01.2021“ zu entnehmen.

Die konsolidierte Prognose zeigt folgenden Trend der Fallentwicklung sowie eine Kapazitätsvorschau des Patientenaufkommens in den Spitäler unter Berücksichtigung der Effekte von gesetzten Maßnahmen:

- Die aktuellen Prognosen gehen von einem **Infektionsgeschehens** von rund 1.100 Fällen/Tag aus.
- Bei der Kapazitätsvorschau wird von einem Rückgang des Belages **auf ICU von 313** (am 26.01.) **auf 233** (am 10.02.) ausgegangen. Mit 68% Wahrscheinlichkeit liegt der ICU-Belag am 10.02. zwischen 157 und 318. Auf Normalstationen wird ein Rückgang des Belages von 1.583 (am 26.01.) auf 1.173 (am 10.02.) erwartet. Mit 68% Wahrscheinlichkeit liegt der Belag auf Normalstationen am 10.02. zwischen 767 und 1.657.
- In Bezug auf die **Virus-Mutation** („Variant of Concern“, VOC) ist zu berichten:
Nach wie vor liegt keine belastbare Evidenz zum Ausmaß der Verbreitung der neuen Virus-Mutante(n) in Österreich vor, insbesondere in Hinblick auf regionale Durchdringung und zeitliche Dynamik. Beobachtungsdaten aus einzelnen Bundesländern zeigen einen Anstieg der Prävalenz von Verdachtsfällen binnen der ersten Kalenderwochen des Jahres. Gemäß der momentan verfügbaren Datenlage ist davon auszugehen, dass die Verbreitung der Virus-Mutante(n) in Österreich derzeit (noch) nicht groß genug ist, um für den vorliegenden Prognosezeitraum maßgeblich zu sein. Schätzungen aus UK lassen vermuten, dass die erhöhte Transmissibilität dieser Varianten in einem Bereich zwischen 22% und 74% liegt. Erste und noch mit erheblichen Unsicherheiten verbundenen Schätzungen zur Änderung der Prävalenz der Varianten über die letzten Wochen in einzelnen österreichischen Bundesländern sind bislang nicht in Widerspruch mit der aus UK berichteten Bandbreite an Transmissibilitäten. Um eine Prognose abgeben zu können, ob und wann die neuen Varianten das Infektionsgeschehen dominieren werden, sind noch genauere und flächendeckendere Informationen zur Verbreitung der Varianten in den einzelnen Bundesländern über mehrere Wochen hinweg notwendig. Die **zunehmende Dominanz der Infektionen mit Varianten mit N501Y** ist aber überall dort, wo es zu einem gehäuften Auftreten kommt, beobachtbar.
- Gemäß der am 26. Jänner im Rahmen der neuen BMSGPK-Berichtsschiene gemeldeten Kapazitäten kommt es innerhalb des Prognosezeitraums (Punktschätzer) in keinem Bundesland zu einer Überschreitung der verfügbaren **Intensivbetten**. Aktuell ist ebenfalls in keinem Bundesland eine Überschreitung der maximal verfügbaren Kapazitäten (ohne Zusatzkapazität) innerhalb des 95%-Intervalls prognostiziert.

| | Maximal verfügbare Betten (sofort und in 7 Tagen) im Vergleich zur 7-Tage-Intensivbetten-Prognose. | | | Weiterer Belags- Trend gem. Prognose nach 7 Tagen |
|---------------------|--|---------------------|---------------------|--|
| | Erwartet | Maximum (68% KI) | Maximum (95% KI) | |
| Burgenland | 21 | 17 | 14 | → |
| Kärnten | 34 | 29 | 23 | → |
| Niederösterreich | 118 | 107 | 95 | ↘ |
| Oberösterreich | 99 | 87 | 77 | ↘ |
| Salzburg | 32 | 26 | 20 | ↘ |
| Steiermark | 119 | 104 | 88 | ↘ |
| Tirol | 41 | 31 | 22 | ↘ |
| Vorarlberg | 61 | 56 | 52 | ↘ |
| Wien (SKKM-Meldung) | 185 | 162 | 136 | ↘ |
| Österreich gesamt | 709 | 650 | 584 | ↘ |

Anmerkung: Die Intensivbettenbelags-Prognose des COVID-Prognose-Konsortiums wurde den maximal verfügbaren Intensivbetten (sofort und in 7 Tagen zusätzlich bereitstellbar) gegenübergestellt. Die Einfärbung zeigt ob die maximal verfügbaren Betten für COVID-19-PatientInnen den 7-Tage-prognostizierten Bedarf abdecken oder, ob zu wenig Betten zur Verfügung stehen. Die Werte stellen die Differenz zwischen maximal verfügbaren Betten (sofort und in 7 Tagen zusätzlich bereitstellbar) und dem (prognostizierten) Bettenbedarf in 7 Tagen dar. KI: Konfidenzintervall, Maximum (95% KI): Worst-Case-Szenario

Die Belastungsgrenze des Gesundheitssystems wurde von der Corona-Kommission bereits im September 2020 mit 33% Auslastung aller Intensivbetten festgelegt (Manual V 2.5 - <https://corona-ampel.gv.at/corona-kommission/bewertungskriterien/>). Sobald diese Grenze der Tragfähigkeit überschritten ist, bleibt nur ein kurzer Zeitraum für Gegensteuerungs-Maßnahmen, da jene auch Zeit brauchen, bis sich die Wirkung auf Grund von Inkubationszeiten etc. niederschlägt.

Die Prognosen sind regional heterogen ausgeprägt und zeigen für alle Bundesländer einen rückläufigen Trend der Belegungs-Werte. In keinem Bundesland liegt die aktuelle ICU-Auslastung durch COVID-19 Beleg (sh. Beilage 5), über 50 %, welcher von der Corona Kommission als Schwellenwert für den Sanitären Notstand festgelegt wurde (sh. Beilage 4). Die **höchsten Werte** finden sich in Wien (36,3%), OÖ (21,1%) und BGL (17,3%); dieser Wert liegt in den definierten Konfidenzintervallen der Prognose. Bei Fortdauer des Trends in den Belegungszahlen scheint eine Regelversorgung der verbleibenden Nicht-Covid-19 PatientInnen in einzelnen Bundesländern zunehmend gewährleistet.

6. Belege zur Wirksamkeit von Maßnahmen

6.1 Zusammenfassung der Empfehlungen von offiziellen Stellen (ECDC WHO RKI) zur Implementierung von nicht-pharmazeutischen Interventionen

Diese Zusammenfassung stellt eine Übersicht der wichtigsten Punkte dar, eine detailliertere Zusammenstellung (teilweise in der englischen Originalfassung) findet sich im Anhang.

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

Risk Assessment: Risk related to spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA (29.12.2020) - <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-risk-assessment-spread-new-sars-cov-2-variants-eueea>; letzter Zugriff 27.01.2021

Aufgrund der höheren Übertragbarkeit der neuen Virusvarianten wird das **Risiko**, dass sich die Virusvarianten in weiteren Ländern etablieren, bzw. verbreiten, als **hoch bis sehr hoch** eingestuft. Dies kann zu einer Erhöhung der Fallzahlen und somit zu einer Erhöhung der Todesfälle führen.

Um die Verbreitung der Virusvarianten zu unterbinden, müssen eventuell **stärkere Maßnahmen gesetzt** werden als bisher. Nicht-pharmazeutische Maßnahmen sollten nur nach gründlicher Abwägung gelockert werden. Fokus sollte auch auf Testung und Detektion der Varianten gelegt werden sowie auf Kontaktpersonennachverfolgung.

Nicht-essentielle Reisen sollten nicht stattfinden. Quarantäne und Testung von Reisenden soll beibehalten werden.

Risk Assessment: Risk related to spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA (29.12.2020) - <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-risk-assessment-spread-new-sars-cov-2-variants-eueea>; letzter Zugriff 27.01.2021

Eine **neue Variante** des SARS-CoV-2 Virus "VOC 202012/01" wurde Ende des Jahres 2020 zuerst in der UK sequenziert und **verbreitet sich nun in Europa** und teilweise auch in außereuropäischen Ländern. Erste Untersuchungen zeigen eine **höhere Transmissionsrate** im Vergleich zu anderen Varianten. In Südafrika wurde ebenfalls eine Variante sequenziert, die mit einer höheren Transmissionsrate einhergehen könnte.

Durch die höhere Übertragbarkeit besteht ein hohes Risiko, dass es zu einer **starken Belastung des Gesundheitssystems** kommen kann.

Es wird empfohlen nicht-pharmazeutische **Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung fortzuführen** und, in Abhängigkeit der örtlichen epidemiologischen Lage, **Einschränkungen** im Bereich **Reisen**, Veranstaltungen und **Zusammenkünfte** zu erlassen.

Des Weiteren sollen **Fälle verstärkt beobachtet und verfolgt** werden – zielgerichtete Kontaktpersonennachverfolgung, Sequenzierung von Proben, Isolation und Testung von Verdachtsfällen und Kontaktpersonen, die im Verdacht stehen mit einer der neuen Varianten infiziert zu sein.

Risk of COVID-19 transmission related to the end-of-year festive season (04.12.2020) - <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-covid-19-festive-season>; letzter Zugriff 27.01.2021

Traditionelle Festivitäten zum Ende des Jahres tragen ein **hohes Risiko für Transmissionen**. „**Pandemic Fatigue**“ trägt dazu bei, dass speziell in dieser Zeit die Motivation, empfohlene Maßnahmen einzuhalten, sinkt.

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

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

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

Rapid Risk Assessment: Increased transmission of COVID-19 in the EU/EEA and the UK – thirteenth update (23.10.2020) - <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-risk-assessment-increased-transmission-thirteenth-update>; letzter Zugriff 27.01.2021

An die epidemiologische Situation angepasste nicht-pharmazeutische Maßnahmen stellt weiterhin ein fundamentales Element der Transmissionskontrolle dar.

Maßnahmen, die weiterhin von Ländern implementiert werden sollen, sind: Maßnahmen zur **physischen Distanzierung** (inklusive der **Vermeidung von Versammlungen großer Menschengruppen**), Händehygiene und Atemhygiene sowie der **Einsatz von Mund-Nasen-Schutz**.

Wenn durch die sub-nationale oder nationale Lageentwicklung notwendig, können zusätzliche Maßnahmen gesetzt werden, um Transmissionen zu reduzieren. Diese sind die **Schließungen von Einrichtungen** oder, als letzte Instanz, die **Implementierung von Ausgangsbeschränkungen**.

Kapazitäten im Gesundheitssystem müssen verstärkt werden und Risikogruppen und Gesundheitspersonal geschützt werden.

Sobald durch die hohe Anzahl an Fällen die Testkapazitäten überschritten werden, müssen Testungen anhand von Prioritäten vorgenommen werden.

WHO – World Health Organization

Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19 (04.11.2020) - <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-adjusting-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>; letzter Zugriff 27.01.2021

Nicht-pharmazeutische Maßnahmen sind essentiell um die Transmission von COVID-19 einzudämmen und Todesfälle zu vermeiden. Die Entscheidung ob Maßnahmen implementiert werden, sollte anhand des lokalen Schweregrad der Transmission und der lokalen Kapazitäten im Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Effekte der Maßnahmen auf das soziale Wohlbefinden getroffen werden.

Zusätzliche Maßnahmen sollten gesetzt werden, sobald sich die Situation verschlechtert, da **Verzögerung in der Implementierung von Maßnahmen** mit einer **erhöhten Mortalität** einhergeht.

Die WHO beschreibt Empfehlungen für nicht-pharmazeutische Maßnahmen anhand von Leveln, die die epidemiologische Situation in den Regionen oder Ländern widerspiegelt.

Situations-Level 3 beschreibt eine den Fall der „**Community Transmission**“ mit limitierten Ressourcen um auf die Verbreitung zu reagieren. Es besteht das **Risiko eine Überlastung des Gesundheitssystems**.

- Alle Personen sollen ihre sozialen Kontakte reduzieren. Zusätzlich kann die Implementierung folgender Maßnahmen erwogen werden: Die **Schließung von nicht-essentiellen Betrieben** und Einrichtungen; **Eingeschränkte Präsenzzeiten** in Universitäten, E-Learning; Implementierung von **Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen** in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen; **Strikte Sicherheitsvorgaben** für Events, Verbot von Großveranstaltungen, **Verringerung der Gruppengröße** von Zusammenkünften und Treffen

Situations-Level 4 beschreibt das Stadium einer **unkontrollierten Epidemie** mit geringen oder **fehlenden Kapazitäten im Gesundheitssystem**

- Implementierung von **strikeren Maßnahmen notwendig** um die Anzahl an Personenkontakten signifikant zu reduzieren; Personen sollen **zuhause bleiben** und **Kontakte** mit Personen außerhalb des eigenen Haushalts **minimieren**; **Schließung von nicht-essentiellen Betrieben** und Einrichtungen oder **Home-Office**; Minimierung von Personenkontakten im Schulbereich (**Distance learning**), Schließung von Bildungseinrichtungen als letzte Instanz wenn es keine geeigneten Alternativen gibt; Implementierung von strikten Maßnahmen im Bereich der Alten- und Langzeitpflege, wie zum Beispiel **Besuchsverbot**

Mask use in the context of COVID-19 (01.12.2020) - [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak/](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak/); letzter Zugriff 27.01.2021

Das Tragen von einfachen Stoffmasken (entspricht **Mund-Nasen-Schutz**) wird in der allgemeinen Bevölkerung bei Vorliegen einer Community Transmission in folgenden Settings **empfohlen**:

- **Indoor** Settings, in denen **Lüftungsqualität schlecht** oder nicht beurteilbar ist oder in denen ein **Mindestabstand** von 1 Meter **nicht eingehalten** werden kann
 - z.B. Einkaufsläden, Gemeinschaftsbüros, Kirchen, Restaurants, Fitnesscenter, öffentliche Verkehrsmittel, Zuhause bei Besuchen durch Personen außerhalb des eigenen Haushalts
- **Outdoor** Settings, in denen **Distanz nicht gewahrt** werden kann
 - Märkte, Demonstrationen, Anstehschlangen

RKI – Robert-Koch-Institut

Übersicht und Empfehlungen zu neuen SARS-CoV-2-Virusvarianten - https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virusvariante.html; letzter Zugriff 27.01.2021

Variante B.1.1.7 geht mit einer **höheren Übertragbarkeit** einher und es gibt erste **Hinweise auf eine höhere Fallsterblichkeit**. Variante B.1.351 zeigt ebenfalls eine höhere Übertragbarkeit. Der **Schutz neutralisierender Antikörper** (durch durchgemachter Infektion oder Impfung) **könnte verringert sein**. Bei B.1.1.28 P.1 wäre eine höhere Übertragbarkeit denkbar.

Da noch unklar ist, wie sich die Varianten auf die epidemiologische Situation auswirken, empfiehlt das RKI die etablierten Hygieneregeln weiterhin konsequent durchzuführen.

Übersicht des RKI zu Präventionsmaßnahmen und anti-epidemischen Maßnahmen in der COVID-19-Pandemie – „Die Pandemie in Deutschland in den nächsten Monaten - Ziele, Schwerpunktthemen und Instrumente für den Infektionsschutz“ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Strategie_Ergaenzung_Covid.html; letzter Zugriff 27.01.2021

Das RKI empfiehlt weiterhin die Umsetzung von **Basismaßnahmen**, darunter fallen:

- AHA+L (Abstand, Hygiene, Alltagsmasken, Lüften)
- Corona-Warn-App
- Generelles Tragen von Mund-Nase-Schutz in Gesundheitseinrichtungen und Pflegeheimen
- Absage von Großveranstaltungen

Zusätzlich werden folgende Maßnahmen genannt, die **situationsbedingt implementiert** werden können, etwa, wenn große Ausbruchcluster oder eine **flächenhafte Ausbreitung** vorliegt:

- Absage von Versammlungen und Veranstaltungen
- **Betriebe**, Bildungseinrichtungen und Kitas **einschränken** und ggf. **schließen**
- **Kontaktbeschränkungen**

- Beschränkungen von Einzelhandels- und Dienstleistungsgeschäften, Gaststätten usw.
- Reise- und **Bewegungseinschränkungen**

6.2 Entwicklungen in anderen europäischen Ländern

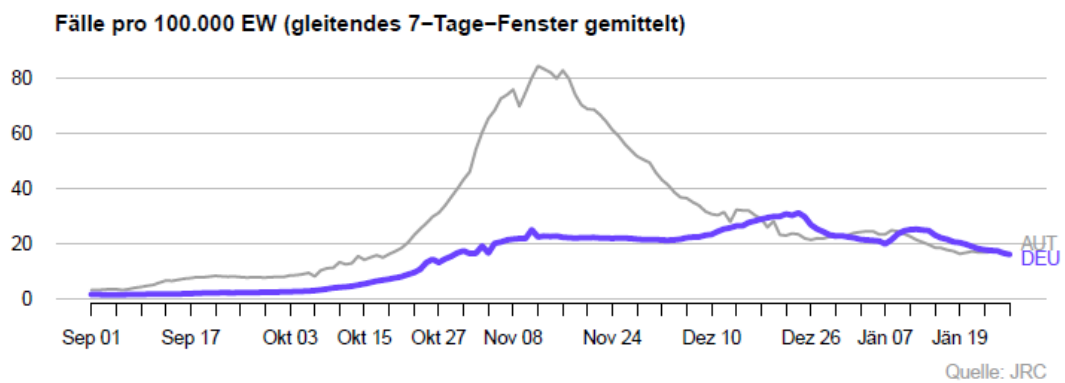
6.2.1 Epidemiologische Situation

Aufgrund vergleichbarer Demografie und geografischer Lage können deutschsprachige Länder, Schweiz und Deutschland, als Vergleichsbeispiel hinsichtlich epidemiologischer Entwicklung dienen. Ergänzend wurden Informationen zum Vereinigten Königreich und Irland angeführt, in denen eine hohe Verbreitung der Mutante vermutet wird.

Deutschland

5.28 Germany

Trend decreasing
 Änderung Fälle -22 %

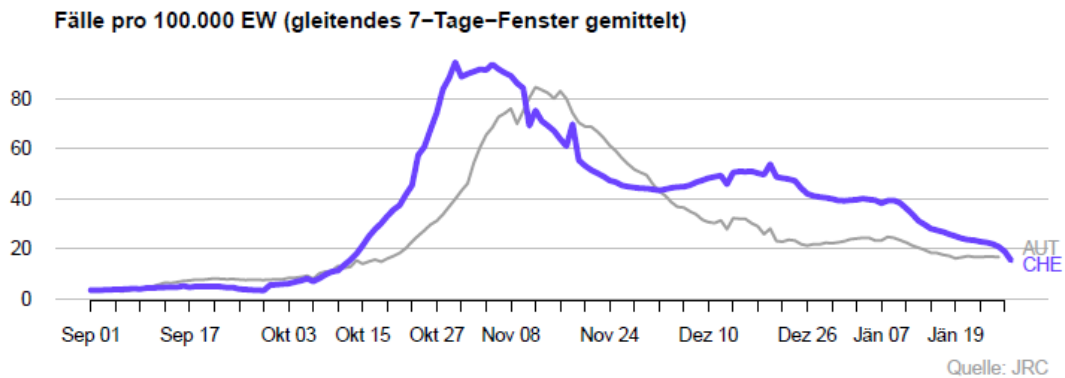


Quelle: COVID-Lagedarstellung AGES/Fallzahlenentwicklung weltweit (Stand, 28.1.2021)

Schweiz

5.67 Switzerland

Trend decreasing
Änderung Fälle -42 %

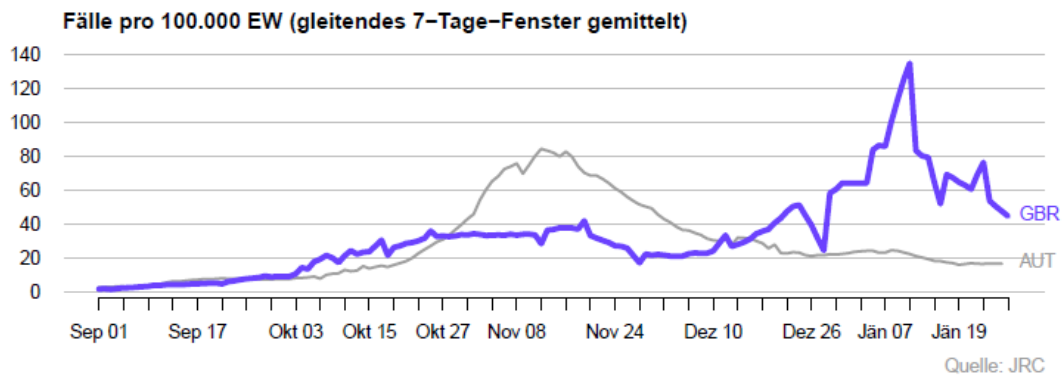


Quelle: COVID-Lagedarstellung AGES/Fallzahlenentwicklung weltweit (Stand, 28.1.2021)

Vereinigtes Königreich

5.71 United Kingdom

Trend decreasing
Änderung Fälle -35 %

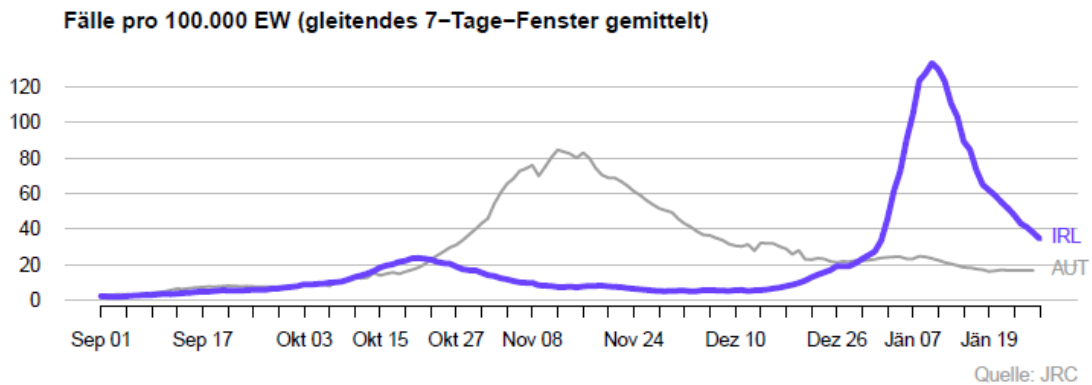


Quelle: COVID-Lagedarstellung AGES/Fallzahlenentwicklung weltweit (Stand, 28.1.2021)

Irland

5.35 Ireland

Trend decreasing
Änderung Fälle -54 %



Quelle: COVID-Lagedarstellung AGES/Fallzahlenentwicklung weltweit (Stand, 28.1.2021)

6.2.2 Maßnahmen

Deutschland:

19.1.2021: Lockdown bis 14.2.2021 verlängert (Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder).

14.01.2021: In-Kraft-Treten der Coronavirus-Einreiseverordnung: Strengere Test- und Nachweispflichten bei Einreisen aus Risikogebieten (Test max. 48 Stunden nach Einreise) sowie aus Hochinzidenz und Virusvarianten-Gebieten (Test bereits vor Einreise). Die VO soll vorerst bis 31.3.2021 gelten.

5.1.2021: Bund-Länder Beschluss: Verlängerung/Verschärfung des Lockdowns bis 31.1.2021
Beschränkung von privaten Kontakten auf maximal eine weitere nicht in diesem Haushalt lebende Person

21.12.2020: Inkrafttreten SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung mit Homeoffice-Regeln ec., die bis zum 15.3.2021 gelten soll..

16.12: In einer Schaltkonferenz mit den Gesundheitsministern der Länder kündigte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn den Beginn der Biotech-Impfungen in Deutschland ab 27. Dezember an.

Bund-Länder Beschluss vom 13.12.: zu den bereits geltenden Maßnahmen werden bundesweit zusätzliche Maßnahmen ab dem 16. 12. ergriffen, die vorerst bis 10. 01. gelten, u.a.

- Schließung von Schulen und Kindergärten (eine Notbetreuung in geringem Umfang wird sichergestellt). Für Eltern soll die Möglichkeit geschaffen werden, für die Betreuung der Kinder bezahlten Urlaub zu nehmen.
- Verpflichtende Testung mehrmals pro Woche für das Personal in Alten- und Pflegeheimen.
- Gottesdienste und Zusammenkünfte von Glaubensgemeinschaften sind unter strengen Auflagen möglich.

Maskenpflicht ist Bundeslandabhängig (Überblick <https://www.bussgeldkatalog.org/maskenpflicht-corona/#uebersicht>)

Ausgangsbeschränkungen

Ab 16.12.:

- Kontakte: Beschränkung von privaten Zusammenkünften auf zwei Haushalte mit max. fünf Personen (Ausnahme: Kinder <14 J.). Zwischen 24.12. und 26.12.: Über den eigenen Hausstand hinaus Treffen mit 4 weiteren Personen aus dem Familienkreis erlaubt, auch wenn dies mehr als zwei Haushalte und fünf Personen sind. (Ausnahme: Kinder <14 J.). Maßgeblich sind die Corona-Schutz-Verordnungen des jeweils einzelnen Bundeslandes.
- Silvester und Neujahrstag: Versammlungsverbot, Feuerwerksverbot auf öffentlichen Plätzen, Verbot vom Verkauf von Pyrotechnik. Darüber hinaus gelten an Silvester die grundsätzlichen Kontaktbeschränkungen: Private Zusammenkünfte mit Freunden, Verwandten und Bekannten sind nur mit den Angehörigen des eigenen und eines weiteren Hausstandes gestattet. Maximal dürfen 5 Personen zusammenkommen. Kinder bis 14 Jahren zählen bei der Berechnung nicht mit.
- Verbot vom Alkoholkonsum auf öffentlichen Plätzen.

Bayern:

26.01.2021: Mobilitätseinschränkung (15km-Radius) in Hochinzidenzgebieten vom Bayerischen Verwaltungsgerichtshof außer Kraft gesetzt

22.01.2021: Einführung eines Schweigegebotes bzw. Telefonverbotes in den Öffentlichen Verkehrsmitteln in Diskussion.

Ab 18.01.2021 verschärfte Maskenpflicht: FFP2-Masken im Öffentlichen Verkehr und in Geschäften. Abstandsregel: Generell 1,5 m.

29.12.2020: In Bayern entwickelter PCR-Schnelltest (Ergebnis in 45 Minuten) vorgestellt, 1 Mio. Stück für Bayern bestellt. Einsatz geplant ab Januar 2021.

Ab 23.12.2020:

- Testpflicht für alle Einreisenden aus Risikogebieten (Ausnahmen: gewerblicher Verkehr, Berufspendler, Transit).
- Ausgangssperre: Die Ausgangssperre gilt auch für Ein- und Ausreisen, Ausnahmen gibt es dem Vernehmen nach nur, wenn z.B. mit Flug- oder Zugtickets eine spätere Ankunft / Abreise nachgewiesen wird

Ab 16.12.2020: Harter Lockdown gemäß der bundesweiten Linie verlängert bis 31.01.2021

- Kontaktsperren: Es wird beabsichtigt, den Lockdown bis zum 10.01 verlängern.
- Bis zum 22. 12 erlaubt die Kontaktsperre noch Treffen aus zwei Haushalten mit in Summe höchstens 5 Personen. Kinder bis 14 Jahre werden nicht mitgezählt.
- Für die Weihnachtstage vom 23. Dezember 2020 bis zum 26. Dezember 2020 wird die Kontaktsperre gelockert. In dieser Zeit sind Treffen mit dem engsten Familien- und Freundeskreis mit bis zu 10 Personen möglich. Kinder bis 14 Jahre werden nicht mitgezählt.
- Vom 27. Dezember an gilt bis zum 10. Januar wieder, dass nur noch Treffen aus zwei Haushalten mit in Summe höchstens 5 Personen erlaubt sind.

- Das heißt, auch an Silvester und Neujahr dürfen sich nur fünf Personen aus zwei Haushalten treffen. Silvesterfeuerwerk auf großen, belebten Plätzen wird verboten
- Arbeitgeber werden gebeten, Homeoffice zu ermöglichen. Dies gilt besonders für die Tage zwischen Weihnachten und Neujahr. Es gilt der Grundsatz "Wir bleiben zuhause".

Maskenpflicht:

- Die Pflicht, eine Mund-Nase-Bedeckung zu tragen, wird erweitert. Sie gilt nicht nur in Geschäften, sondern auch davor und auf Parkplätzen.
- Sie gilt in geschlossenen Räumen, die öffentlich zugänglich sind.
- Ebenso im öffentlichen Raum, wo mit Publikumsverkehr zu rechnen ist.
- Weiterhin in öffentlichen Verkehrsmitteln

Handel und Dienstleistung

Handel

Ab 16.12.: Schließung des Einzelhandels (Ausnahme: u.a. für Lebensmittelgeschäfte, Drogerien, Apotheken, Tankstellen, Kfz-Werkstätten, Banken, Post, Putzereien und Futtermittelmärkte) sowie der Dienstleistungsbetriebe im Bereich der Körperpflege (u.a. Friseursalons, Kosmetikstudios), medizinisch notwendige Behandlungen bleiben möglich.

Seit 28.10. besteht ein Einzelhandelsverkaufsverbot am Sonntag ganztags und von Montag bis Samstag von 20:00 bis 05:00 Uhr (mit Ausnahme Apotheke, Tankstellen etc.); Marktverkauf nur von eigenem Gemüse, Obst, Fleisch und Gebäck möglich. 2m Abstand zwischen den Ständen, max. 20 Personen pro 400qm

Dienstleistungen

- Für Dienstleistungen mit Kundenverkehr muss der Betreiber sicherstellen, dass ein Mindestabstand von 1,5 m zwischen den Kunden eingehalten werden kann.
- Für Personal und Kunden gilt Maskenpflicht. Sie enthält für das Personal, wenn es durch geeignete Schutzwände geschützt wird. Die Dienstleister müssen ein Schutz- und Hygienekonzept ausarbeiten.
- Dienstleistungen, bei denen eine körperliche Nähe zum Kunden unabdingbar ist, sind untersagt. Dazu gehören beispielsweise Kosmetikstudios, Massagepraxen oder Tattoo-Studio.
- Das Friseurhandwerk darf öffnen.

Beherbergung und Gastronomie

Seit 2.11. wurden alle Gastronomiebetriebe sowie Bars, Clubs, Diskotheken, Kneipen und ähnliche Einrichtungen geschlossen. Davon ausgenommen sind die Lieferung und Abholung von Speisen für den Verzehr zu Hause. Unterschiedliche Auflagen je Bundesland; u.a. bei Quarantänebestimmungen und betreff Beherbergungsverbote für Personen, die aus Risikogebieten einreisen. Derzeit kein einheitliches Vorgehen.

Für Tourismus in Deutschland: Unterschiedliche Auflagen je Bundesland; u.a. bei Quarantänebestimmungen und betreff Beherbergungsverbote für Personen, die aus Risikogebieten einreisen. Derzeit kein einheitliches Vorgehen.

Bund und Länder haben nach einem Treffen am 28. Oktober die Bürgerinnen und Bürger aufgefordert, generell auf nicht notwendige private Reisen und Besuche - auch von Verwandten - zu verzichten.

Übernachtungsangebote im Inland werden nur noch für notwendige und ausdrücklich nicht touristische Zwecke zur Verfügung gestellt.

Gastronomie und Beherbergungsgewerbe bleiben geschlossen. Übernachtungen sind nur für nicht touristische Zwecke erlaubt.

Beherbergung

- Der Mindestabstand muss eingehalten werden.
- Ein Schutz- und Hygienekonzept muss erstellt werden.
- Die Kontaktdaten der Gäste müssen erfasst werden.

Gastronomie

- Zulässig sind die Abgabe und Lieferung von mitnahmefähigen Speisen und Getränken.
- Zulässig ist der Betrieb von nicht öffentlich zugänglichen Betriebskantinen. Voraussetzung ist, dass zwischen allen Gästen der Mindestabstand von 1,5 m eingehalten werden kann

Freizeit, Sport und Kultur

Profisportveranstaltungen dürfen nur ohne Zuschauer/-innen stattfinden. Der Freizeit- und Amateursportbetrieb auf und in allen öffentlichen und privaten Sportanlagen, Schwimm- und Spaßbädern ist seit 2.11. eingestellt. Auch Fitnessstudios und ähnliche Einrichtungen sind geschlossen. Erlaubt bleibt der Individualsport sowie Sport zu zweit oder mit den Angehörigen des eigenen Hausstands.

Seit dem 2. November sind alle Theater, Opern- und Konzerthäuser sowie ähnliche Einrichtungen geschlossen. Zoos, zoologische Gärten oder Tierparks sind grundsätzlich geschlossen.

Veranstaltungen, die der Unterhaltung dienen, werden untersagt.

Schweiz:

13.1.2021: Es wurde zudem beschlossen, dass ab 18.1. Geschäfte und Märkte geschlossen werden. Ausgenommen sind solche, die Güter des täglichen Bedarfs anbieten. Ebenso werden private Veranstaltungen und öffentliche Versammlungen auf maximal fünf Personen begrenzt (Kinder werden dabei mit eingerechnet). Arbeitgeber werden verpflichtet, Homeoffice überall dort anzuordnen, wo dies aufgrund der Art der Aktivität möglich und mit verhältnismäßigem Aufwand umsetzbar ist. Wo Homeoffice nicht oder nur zum Teil möglich ist, gilt zum Schutz von Arbeitnehmenden in Innenräumen neu überall dort eine Maskenpflicht, wo sich mehr als eine Person in einem Raum aufhält. Die seit 22.12.2020 wirksamen Corona-Maßnahmen werden um fünf Wochen verlängert. Restaurants sowie Kultur-, Sport- und Freizeitanlagen bleiben daher zumindest bis 28. Februar geschlossen.

18.10.2020: Ausgangsbeschränkungen: keine. Der Bundesrat empfiehlt dringend, Treffen im Privaten und in Restaurants auf zwei Haushalte zu beschränken und damit die Anzahl der Kontakte so gering wie möglich zu halten.

Ausdehnung der Maskenpflicht: Die in öffentlich zugänglichen Innenräumen sowie in Wartebereichen des öffentlichen Verkehrs und an Bahn- und Flughäfen geltende Maskenpflicht wird ausgeweitet: Neu muss auch in den Außenbereichen von Einrichtungen und Betrieben eine Maske getragen werden, wie z.B. Geschäfte, Veranstaltungsorte, Restaurants und Bars oder Wochen- und Weihnachtsmärkte. Gleiches gilt auch in belebten Fußgängerbereichen und überall, wo der erforderliche Abstand nicht eingehalten werden kann.

Handel und Dienstleistung

Seit 6.12.: Um die Sicherheit in den Läden zu erhöhen, müssen die größeren Läden die Anzahl Kunden und Kundinnen pro Quadratmeter beschränken, von heute 4m² pro Kunde auf 10m² pro Kunde. In kleinen Läden mit bis zu 30m² Ladenfläche gilt 4m² pro Kundin oder Kunde.

Beherbergung und Gastronomie

(weitere Verschärfungen am 29.10) Der Betrieb von Diskotheken und Tanzlokalen sowie die Durchführung von Tanzveranstaltungen sind verboten.

- Die Gästegruppe darf höchstens 4 Personen pro Tisch betragen. Davon ausgenommen sind Eltern mit Kindern.
- Es gilt eine Sperrstunde von 23.00 Uhr bis 06.00 Uhr.
- Weiterhin gilt: Speisen und Getränke dürfen nur sitzend konsumiert werden.
- Zum Teil kantonal weitere Restriktionen

In Restaurants wird die Erhebung der Kontaktdaten von Gästen schweizweit obligatorisch. Treffen im Privaten oder in Restaurants sollen auf zwei Haushalte beschränkt sein. Die Obergrenze von 10 Personen wird beibehalten.

Seit 12.12.:

- Restaurants und Bars müssen landesweit zwischen 19 und 6 Uhr schließen.
- Am 24. und 31. gilt die Sperrstunde erst ab 1 Uhr.
- Take-away-Angebote und Lieferdienste können weiterhin bis um 23 Uhr offenbleiben.

Freizeit, Sport und Kultur

Sportliche und kulturelle Freizeitaktivitäten sind in Innenräumen mit bis zu 15 Personen erlaubt, wenn sowohl genügend Abstand eingehalten werden kann als auch Masken getragen werden. Von einer Maske kann abgesehen werden, wenn großzügige Raumverhältnisse vorherrschen, etwa in Tennishallen oder großen Sälen. Im Freien muss nur der Abstand eingehalten werden. Kontaktsport ist verboten. Von den Regeln ausgenommen sind Kinder unter 16 Jahren. Im professionellen Bereich von Sport und Kultur sind Trainings und Wettkämpfe sowie Proben und Auftritte zulässig. Da beim Singen besonders viele Tröpfchen ausgestoßen werden sind Anlässe von Laien-Chören verboten, professionellen Chören ist das Proben erlaubt. Professionelle Sängerinnen bzw. Sängern sind Proben und Auftritte erlaubt.

Die Kantone ergreifen zunehmend Maßnahmen – teilweise weitergehend als die Maßnahmen des Bundes, um lokal auf die Gegebenheiten zu reagieren (z.B. in Genf, Jura, Freiburg, Waadt, Wallis, Neuenburg seit 3. bzw. 4.11. Teil-Lockdown mit u.a. Schließung sämtlicher Restaurants, Kinos, Theater, ...).

Seit 6.12.: Im Familienkreis oder im Gesangsunterricht an obligatorischen Schulen ist Singen erlaubt. Außerhalb des Familienkreises und der obligatorischen Schule ist das Singen verboten, sowohl im Freien als auch in Innenräumen. Das gilt nicht nur für Chöre, sondern auch für das gemeinsame Singen in Gottesdiensten und bei gewissen Silvesterbräuchen, an denen gesungen wird. Ausnahmen gelten für professionelle Sängerinnen und Sänger (Proben und Auftritte) sowie für die Proben professioneller Chöre.

Seit 12.12. weitere Verschärfungen wirksam:

- Öffentliche Veranstaltungen werden mit Ausnahmen von religiösen Feiern, Beerdigungen, politischen Kundgebungen und Versammlungen von Legislativen verboten.

- Geschäfte, Museen, Bibliotheken und Sport- und Freizeitanlagen müssen landesweit zwischen 19 und 6 Uhr schließen und bleiben auch an Sonn- und landesweiten Feiertagen geschlossen
- Am 24.12 und 31.12 gilt die Sperrstunde erst ab 1 Uhr.

Umgang mit Skigebieten: Ab 22. Dezember 2020 müssen Skigebiete über eine kantonale Bewilligung verfügen. Voraussetzungen für eine Erteilung sind, dass die epidemiologische Lage dies erlaubt und ausreichend Kapazitäten in den Spitälern, beim Contact Tracing sowie beim Testen sichergestellt sind. Es gibt keine Kapazitätsbegrenzungen für die Pisten. In allen geschlossenen Transportmitteln, also etwa in Zügen, Kabinen und Gondeln dürfen ab dem 9. Dezember nur zwei Drittel der Plätze besetzt werden. Das gilt für Sitzplätze und Stehplätze. Auf allen Bahnen (auch Gondeln und Schlepplifte) gilt Maskenpflicht, auch beim Anstehen. Zudem muss genügend Abstand gewahrt werden. Die Skigebiet-Betreiber müssen zudem Schutzkonzepte vorlegen. Die Kantone müssen die Einhaltung überprüfen und zudem dem Bund Rechenschaft ablegen. In Skigebieten darf in Restaurants nur eingetreten werden, wenn ein Tisch frei ist.

Vereinigtes Königreich:

UK-gesamt:

- Furlough-Scheme wird im gesamten UK bis Ende April 2021 verlängert.
- Seit 14.10.: Verkürzung der Quarantänezeit von 14 auf 10 Tage
- Ab 18.1. (ursprünglich 15.1.) ist negativer Covid-Test Voraussetzung für Einreise ins UK (s. Kapitel 3);
- Landeverbot für ZA seit 24.12.; Ab 9.1. Landeverbot auf 11 weitere südafrikan. Staaten ausgeweitet: NA, ZW, BW, SZ, ZM, MW, LS, MZ, AO, MU, SC;

England:

- 21.1.2021: Onlineunterricht nach letzten Aussagen bis nach Ostern 2021; Schulen sollen 2 Wochen vor Wiederaufnahme des Präsenzunterrichts verständigt werden
- Neue Informationskampagne der Regierung die Bevölkerung zur Einhaltung der Regeln auffordert seit 8.1.2021
- Manche Supermarktketten verweigern maskenlosen Personen den Eintritt
- England seit 5.1. im 3. Lockdown (Online-Unterricht in Schulen/Colleges/Unis), Ende voraussichtlich Mitte Februar;
- England seit 5.1.2021: Seit Lockdown sind Sportstätten/Restaurants/Hotels/Kunst- u. Kulturstätten geschlossen; Alle Sportveranstaltungen, außer Premier-League Fußball, verboten
 - Lockdownregeln ENGLAND (leichte Unterschiede zwischen den Nationen):
 - Verlassen des Hauses nur für: Arbeit (wenn HO unmöglich), Arztbesuch, essent. Einkäufe, Spaziergänge 1x/Tag, Ausbildung, Übersiedlung, Kinderbetreuung, Treffen der Support/Childbubble, Kirchenbesuch
 - Schulen/Unis: Online-Unterricht; Anwesenheit: Kinder von Keyworkern, Gefährdete
 - Treffen nur mit eigenem Haushalt/Bubble oder 1 Person aus anderem Haushalt (draußen zu Bewegungszwecken)
 - Sportliche Betätigung soll im lokal Bereich erfolgen;
 - Nicht-essent. Geschäfte, Gastronomie geschlossen (außer Takeaway)
 - Schulen/Colleges/Universitäten: Online-Unterricht; Anwesenheit nur für gefährdete Kinder und Kinder von Keyworkern;
 - Inter-/nationale Reisen nur in Ausnahmefällen erlaubt
 - Begräbnisse (15 Personen); Hochzeiten in Ausnahmefällen (max. 6 Personen)

- 15.12.: Verkürzung der 10-täg. Einreisequarantäne auf 5 Tage möglich, falls 2. PCR-Test negativ

Schottland:

- Ab 15.1. dieselben Einreisebestimmungen für internationale Einreisende wie für England
- ab 16.1.: Verbot von nicht-essentiellen Warenabholungen; Takeaway und Warenholungen nur outdoors.
- Seit 5.1. im Lockdown, hat diesen am 19.1. bis Mitte Februar verlängert

Wales:

- Wales im Lockdown seit 20.12. bis voraussichtlich Ende Jänner 2021; Online-Unterricht in Schulen/Colleges/Unis

Nordirland:

- 6-wöchiger Lockdown seit 26.12. – Verlängerung bis 5. März 2021; Online-Unterricht in Schulen/Colleges/Unis

24.9.2020: Maskenpflicht auch für VerkäuferInnen, TaxifahrerInnen. Von Pflicht ausgenommene Personen, müssen keinen schriftlichen Nachweis erbringen;

15.6.2020: Öffentlicher Verkehr: Verpflichtung zum Tragen von Mund-Nasen-Schutz.

Beherbergung und Gastronomie

Hotels geschlossen (außer Businessreisende, Obdachlose, wenn Rückkehr nachhause unmöglich)

Freizeit, Sport und Kultur

Seit Lockdown in ENG sind Sportstätten/Restaurants/Kunst- u. Kulturstätten geschlossen;

Sportliche Betätigung 1x am Tag mit eigenem Haushalt/Bubble oder 1 Person aus anderem Haushalt

Irland:

15.09.20: Bekanntgabe des ab sofort geltenden mittelfristigen (zumindest bis Frühjahr 2021 geltenden) fünf stufigen Plans durch IE-Regierung (siehe unter: <https://www.gov.ie/en/campaigns/resilience-recovery-2020-2021-plan-for-living-with-covid-19/?referrer=http://www.gov.ie/covidplan/>). Nichtbeachtung ist strafbar. Derzeit gilt für ganz Irland Stufe 5.

15.9.: private Treffen (zu Hause oder im Freien): verboten außer zur Betreuung von Kindern, älteren oder pflegebedürftigen Personen; Arbeit: „Home Office“ (sehr begrenzte Ausnahmen);

Handel und Dienstleistung

15.9.2020: Einzelhandel und Dienstleistungen: geschlossen mit Ausnahme lebensnotwendiger Waren/Dienstleistungen (erlaubt ist nur "click and deliver");

Beherbergung und Gastronomie

15.9.2020: Gastgewerbe nur auf Basis „take away“ und „delivery“; Nachtclubs, Diskotheken, Casinos und „Wet Pubs“ (servieren nur Getränke) geschlossen; Hotels und Beherbergungsbetriebe: für Touristen geschlossen;

Freizeit, Sport und Kultur

15.9.2020: Hochzeiten: max. 6 Gäste; organisierte Veranstaltungen im Freien oder Drinnen sind verboten; Sport im allgemeinen nur sehr eingeschränkt und individuell möglich. Ausnahmen für professionelle Sportarten ohne Zuschauer. Fitnessstudios, Schwimmhallen etc. geschlossen; Gottesdienste nur virtuell; Gotteshäuser offen für individuelle Gebete; Begräbnisse begrenzt auf 10 Trauernde; Museen, Galerien, kulturelle Attraktionen geschlossen.

6.3. Evidenz und Empfehlungsstärke

6.3.1. Evidenz und Empfehlungsstärke zu den Grundprinzipien MNS, Abstand, Hygiene und Quarantäne (26.11.2020)

Die folgende Übersicht fußt auf der Anfragenbeantwortung der Gesundheit Österreich GmbH mit dem Arbeitstitel „Evidenz und Empfehlungsstärke zu den Grundprinzipien Mund-Nasen-Schutz (MNS), Abstand, Hygiene, Quarantäne und reisebezogenen Maßnahmen“. Sie umfasst **Empfehlungen** bzw. **Befunde** zu den Grundprinzipien der behördlichen Empfehlungen und deren **erwartete Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen**.

Nützt der Mund-Nasen-Schutz?

Empfehlungen zum Tragen von Mund-Nasen-Schutz-Masken kommen u.a. von der WHO oder dem CDC, da damit eine Übertragung verhindert werden soll. Ein richtig verwendeter MNS bietet einen guten – wenn auch nicht vollständigen Schutz. Studien belegen, dass es beim Tragen von Gesichtsmasken zu keinen Nebenwirkungen wie z.B. Sauerstoffmangel bei der Trägerin/dem Träger kommt. Weiters wird die Kombination des Masken Tragens gemeinsam mit anderen Maßnahmen, wie Händehygiene und Abstand halten, zur Verringerung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 empfohlen.

Nützt Abstand halten / physische Distanz / Kontaktreduktion?

Das Halten von mindestens 1m physischem Abstand im öffentlichen Raum ist wahrscheinlich mit einer Verringerung des Risikos einer Virusübertragung verbunden. Da das Übertragungsrisiko aber auch von anderen Faktoren abhängen kann wie die Dauer des Kontakts oder die Umgebung (drinnen oder draußen bzw. Temperatur und Belüftung), könnten in manchen Situationen größere Abstände möglicherweise sinnvoll sein. Ob ein Abstandhalten im häuslichen Umfeld das Risiko einer Virusübertragung vermindert ist derzeit nicht untersucht, jedoch wird aufgrund möglicher negativer psychischer Folgen davon abgeraten.

Unklar ist, ob das Abstand halten auch Auswirkungen auf die Hospitalisierungsrate, die Rate an Patientinnen/Patienten auf Intensivstationen oder die Sterblichkeit hat. Auch mögliche Schadensaspekte des Abstandhaltens sind derzeit nicht untersucht.

Nützt Quarantäne?

Durch Quarantäne von Personen mit Kontakt zu Menschen mit bestätigter oder vermutlicher Covid-19 Infektion könnte vermutlich die Zahl der Infizierten und die Zahl der Todesfälle reduziert werden. Die Kombination der Quarantäne mit anderen Präventions- und Kontrollmaßnahmen könnte eine größere Wirkung haben als eine alleinige Quarantäne. Unklar ist, ob Quarantäne auch Auswirkungen auf die Hospitalisierungsrate oder die Rate an Patientinnen/Patienten auf Intensivstationen hat. Quarantänemaßnahmen könnten andererseits zu schwerwiegenden psychischen Belastungen für Erwachsene und vor allem bei Kindern führen und sollten so lang wie notwendig und so kurz wie möglich ausfallen.

Nutzen von reisebezogenen Maßnahmen?

Internationale Reisebeschränkungen an den Grenzen könnten wirksam sein, um die Ausbreitung von Covid-19 einzudämmen. Die Größe des Effekts ist allerdings unklar. Unklar ist, ob Reisebeschränkungen auch Auswirkungen auf die Hospitalisierungsrate, die Rate an Patientinnen/Patienten auf Intensivstationen oder die Sterblichkeit haben. Auch mögliche Schadensaspekte von Reisebeschränkungen sind derzeit nicht untersucht. Alleinige Einreise- und Ausreise-Screeningmaßnahmen sind wahrscheinlich nicht wirksam. Sie werden nur in Kombination mit weiteren Maßnahmen wie Quarantäne, Beobachtung und Testmaßnahmen möglicherweise wirksam. Infizierte Sars-Cov-2 Personen können durch eine einmalige Temperaturmessung bei Grenzübertritt nicht verlässlich identifiziert werden.

Nützt Hygiene?

Händehygiene könnte die Übertragbarkeit von Krankheitserregern und die Ausbreitung von Sars-Cov-2 Infektionen verringern. Händehygiene könnte dabei als Teil einer kombinierten Strategie gemeinsam mit anderen Maßnahmen wie Masken-Tragen und Abstand halten zur Verringerung der Ausbreitung von respiratorischen Viren beitragen. Eine vermehrte Händehygiene könnte mit Nebenwirkungen wie Hautirritationen verbunden sein, die Evidenz dafür ist jedoch unzureichend.

6.3.2. FFP2-Masken

FFP2-Masken in Vergleich zu MNS

FFP-Masken und OP-Masken sind immer aus besonderen, filternden Vliesen hergestellt. Bei diesen sind die Filtereigenschaften anhand gesetzlicher Vorgaben und technischer Normen geprüft und dadurch nachgewiesen. Technische Normen definieren z.B. klare Anforderungen an die Filterleistung des verwendeten Maskenmaterials. Wie auch Medizinische Gesichtsmasken müssen FFP-Masken für die vorgesehene Zweckbestimmung klare Anforderungen von Gesetzen und technischen Normen einhalten. Dabei wird insbesondere die Filterleistung des Maskenmaterials anhand der europäischen Norm EN 149:2001+A1:2009 mit Aerosolen getestet. FFP2-Masken müssen mindestens 94 % und FFP3-Masken mindestens 99 % der Testaerosole filtern. Sie bieten daher nachweislich einen wirksamen Schutz auch gegen Aerosole. Die Prüfnorm ist, gemeinsam mit dem CE-Kennzeichen und der vierstelligen Kennnummer der Benannten Stelle, auf der Oberfläche der FFP-Maske aufgedruckt. Für MNS – speziell jene die selbst angefertigt werden und daher nicht als Medizinprodukt gelten – kann keine, den FFP2-Masken entsprechende, Filterleistung, gewährleistet werden.

Handel und öffentlicher Verkehr

Empfehlungen zum Tragen von Mund-Nasen-Schutz-Masken kommen u.a. von der WHO oder dem CDC, da damit eine Übertragung verhindert werden soll. Ein richtig verwendeter MNS bietet einen guten – wenn auch nicht vollständigen Schutz. Die Variante B.1.1.7 gilt ansteckender (bis zu 70%) als die gängige Variante. In Bereichen mit Kontakthäufungen (z.B. öffentlicher Verkehr, Handel, Gastronomie) bei denen anderen Maßnahmen (z.B. Abstand halten) nicht zielführend umsetzbar sind, besteht daher ein deutlich höheres Infektionsrisiko. Dies birgt in weiterer Folge auch die Gefahr, dass die Kapazitäten in den Krankenanstalten an ihre Grenzen geraten, wenn in diesen Bereichen keine Maßnahmen getroffen werden. Daher wird die Pflicht für das Tragen von FFP2-Masken in Bereichen mit Kontakthäufungen (Öffentlichen Verkehr, Handel, Gastronomie) als fachlich sinnvoll erachtet. Für andere Situationen, welche

- geringeren Kontakthäufungen aufweisen
- die Einhaltung der behördlichen Maßnahmen (z.B. Abstand halten) durch Hygienekonzepte sichergestellt werden kann

- eine Kontaktpersonennachverfolgung durch entsprechende, bereits bestehende Dokumentationsverpflichtungen (z.B. Gästeverzeichnis) lückenlos sichergestellt werden kann,
- das Verbreitungsrisiko durch regelmäßige (mindestens 1 Mal, besser jedoch 2 Mal pro Woche) Testungen reduziert werden kann (sh. Berufsgruppentestungen).

ist es fachlich gerechtfertigt anstelle einer FFP2-Maske eine MNS zu tragen. Zusätzlich ist bei Berufsgruppen festzuhalten, dass FFP-2 Masken als persönliche Schutzausrüstung im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzes unbeschadet der Anwendung im medizinischen Bereich oder durch andere Berufe in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Arbeit, Familie und Jugend bzw. der Arbeitsinspektion fallen. Vorliegende fachliche Begründung bezieht sich daher ausschließlich auf Anwendungen außerhalb des ArbeitnehmerInnenschutzes (z.B. Tragen durch Konsumentinnen und Konsumenten bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, beim Einkaufen, in der Freizeitgestaltung).

Die fachliche Rechtfertigung zur Verpflichtung zum Tragen einer FFP2-Maske ist vor dem Hintergrund der allgemeinen Marktverfügbarkeit zu sehen, i.e. Personen haben die Möglichkeiten eine FFP2-Maske zu erlangen. Da die gesetzliche Verpflichtung zu Irritationen am Markt (z.B. in Form von Verknappungen) führen kann, ist regelmäßig zu evaluieren, ob die allgemeine Bevölkerung in der Lage ist, diese Voraussetzungen zu erfüllen.

Kinder

Studien belegen, dass es beim Tragen von Gesichtsmasken zu keinen Nebenwirkungen wie z.B. Sauerstoffmangel bei der Trägerin/dem Träger kommt. Aufgrund des Nachweises, dass nach einer Infektion bei Kindern virale RNA in nasopharyngealen Sekreten in gleicher Konzentration nachgewiesen wurde wie bei Erwachsenen, ist eine Ausweitung der Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske auf Kinder ab 14 Jahren sinnvoll, da die Viruslast bei Kindern keinen wesentlichen Unterschied zu Erwachsenen aufweist.

Die nachfolgende Quelle behandeln nicht explizit FFP2-Masken – es wird nur von „Masken“ gesprochen.

Laut WHO (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-Children-2020.1) sollen für Kinder ab zwölf Jahren beim Tragen von Masken die gleichen Regeln gelten wie für Erwachsene. Für jüngere Kinder im Alter zwischen sechs und elf Jahren wird das Tragen von Masken nicht generell empfohlen. In bestimmten Situationen, etwa wenn Abstandsregeln nicht eingehalten werden können, sollte es in Betracht gezogen werden, so zum Beispiel in Schulen. Keine Empfehlung des Maskentragens bei unter 6-Jährigen (nur unter ständiger Aufsicht). Jüngeren Kindern sollte nicht vorgeschrieben werden, Masken zu tragen, vor allem, weil sie sie alleine nicht richtig an- und ablegen könnten. Falls sie doch Masken tragen, sollten Kinder unter sechs Jahren unter ständiger Aufsicht stehen.

Schwangere

Im Rahmen der Schwangerschaft kommt es zu unterschiedlichen physiologischen Adaptionen, die die Atmung beeinflussen. Die vermutlich relevantesten Veränderungen darunter sind der erhöhte maternale O₂-Verbrauch und die erhöhte CO₂-Produktion ab der 8. Schwangerschaftswoche, welche bis zur

Geburt um etwa 20-25% zunehmen³, sowie die ab dem 6. Schwangerschaftsmonat erniedrigte funktionale Residualkapazität. Diese Faktoren führen zu erhöhter Empfindlichkeit schwangerer Frauen gegenüber Sauerstoffmangel⁴.

Die Studienlage bezüglich der Auswirkungen von FFP2-Masken auf Schwangere ist spärlich.

Es konnten bislang bei der Verwendung von N95 Masken (den europäischen FFP2-Masken entsprechend) bis zu 1 Stunde während verschiedener Aktivitäten (Stehen, Sitzen, niedrig intensive Arbeit) in 3 Studien bei Schwangeren in den Schwangerschaftswochen 13-35 keine signifikante Veränderung der maternalen Sauerstoffsättigung oder fetalen Herzfrequenz festgestellt werden⁵.

Trotz dessen zeigen die Ergebnisse der neuesten kontrollierten klinischen Studie von Tong et al. 2015, dass Schwangere (in den Schwangerschaftswochen 27-32) das Atemminutenvolumen während der Verwendung von solchen Atemschutzmasken nicht aufrechterhalten können. Aufgrund der verstärkten Atemarbeit wegen der Maskennutzung, kommt es zu einem erhöhtem O₂-Verbrauch und damit einhergehend zu erhöhter CO₂-Produktion (bei Ruhe und geringer körperlicher Aktivität). Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz sowie Laktatwerte der Schwangeren und Herzfrequenz der Föten blieben allerdings unverändert⁶. Die physiologischen Veränderungen sorgen demnach für Bedenken bei längerer Verwendung (>1h), weshalb die Dauer von kumulativ einer Stunde pro Tag nicht überschritten werden sollte.

Das aktuelle systematische Review, in welchem alle besprochenen Studien behandelt werden, schlussfolgert, dass eine Gefährdung von Schwangeren sowie deren Föten durch zeitlich begrenzte Verwendung von N95-Masken unwahrscheinlich ist⁵.

Laut Zentral-Arbeitsinspektorat ist das Tragen von jeglicher FFP-Maske (1-3) durch Schwangere bei der Arbeit unzulässig mit der Begründung, dass Masken die Atmung erschweren⁶. Folglich sind von dieser fachlichen Stellungnahme alle Geltungsbereiche des MuSchG und ASchG ausgenommen.

Für Schwangere ist somit eine intensivere Auswirkung auf den Gashaushalt durch das Tragen von Masken mit hohem Atemwiderstand (bspw. FFP2-Masken) mechanistisch plausibel. Eine Gefährdung der Schwangeren und deren Ungeborenen wird entsprechend der aktuellen Studienlage bei einer Tragedauer von kumulativ maximal einer Stunde pro Tag als unwahrscheinlich angesehen. Für eine Tragedauer von über eine Stunde liegen derzeit keine ausreichenden wissenschaftlichen Untersuchungen vor.

Die Tragedauer von FFP2-Masken in den dafür vorgesehenen Situationen kann in Kumulation pro Tag durchaus eine Stunde übersteigen (z.B.: Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, längere Einkäufe etc.).

³ Physiologie, 6. Auflage, 2009, Silbernagl et al. (Hrsg.). Stuttgart: Thieme

⁴ Hegewald MJ, Crapo RO. Respiratory physiology in pregnancy. Clin Chest Med. 2011 Mar;32(1):1–13. doi: 10.1016/j.ccm.2010.11.001; Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. Tan EK., Tan EL., Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013 Dec;27(6):791–802.).

⁵ Roeckner JT, Krstić N, Sipe BH, Običan SG. N95 Filtering Facepiece Respirator Use during Pregnancy: A Systematic Review. Am J Perinatol. 2020 Aug;37(10):995–1001. doi: 10.1055/s-0040-1712475

⁶ Tong PS, Kale AS, Ng K, Loke AP, Choolani MA, Lim CL, Chan YH, Chong YS, Tambyah PA, Yong EL. Respiratory consequences of N95-type Mask usage in pregnant healthcare workers—a controlled clinical study. Antimicrob Resist Infect Control. 2015 Nov 16;4:48. doi: 10.1186/s13756-015-0086-z.

⁶https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Gesundheit_im_Betrieb/Gesundheit_im_Betrieb_1/Schwangere_Arbeitnehmerinnen.html – abgerufen am 19.01.2021

Aufgrund der fehlenden Evidenz zum Thema Sicherheit für Schwangere und deren Ungeborene beim Tragen von FFP2-Masken über der Dauer von kumulativ einer Stunde pro Tag, wird aus fachlicher Sicht von einer allgemeinen Verpflichtung abgeraten. In dieser Gruppe sollte in den in der Verordnung vorgesehenen Situationen aus Infektionsschutzgründen jedenfalls eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und enganliegende mechanische Schutzvorrichtungen getragen werden und auf freiwilliger Basis können höherwertige Masken verwendet werden.

Elementarpädagoginnen und -pädagogen

Bei Kleinkindern ist eine Abschätzung der zugrunde liegenden Prävalenz der Erkrankung aus verschiedenen Gründen schwierig. In den meisten vorliegenden Studien sind keine Daten zu Kleinkindern 0-5 enthalten, da Kleinkinder nicht in die Studie aufgenommen wurden. Die umfangreichste regelmäßige Erhebung in diesem Bereich, die britische „Real-time Assessment of Community Transmission (REACT)“ welche das Infektionsgeschehen in der Bevölkerung untersucht, erhebt ausschließlich für die Kohorte 5-12 Jahren Daten. Andere Studien definieren als unterste Alterskohorte 0-10 Jahren, welche eine mögliche Heterogenität nicht entsprechend abbilden kann. Zusätzlich entwickeln Kleinkinder weniger schwere Verlaufsformen und werden kaum hospitalisiert. Im Bereich der Elementarpädagoginnen und -pädagogen kumulieren sich daher die diametralen Bedingungen der Infektionsepidemiologie und der Entwicklungspädagogik: Einerseits kann nicht ausgeschlossen werden, dass Kleinkinder Teil des Infektionsgeschehens sind. Andererseits orientieren sie sich bei der Entwicklung der Sozialkompetenzen an Mimik, Gestik und Körpersprache von Bezugspersonen. Wenn durch begleitende Maßnahmen sichergestellt werden kann, dass ein Infektionsrisiko minimiert wird (z.B. regelmäßiges Lüften), sowie mögliche Ausbrüche im familiären Umfeld rasch erkannt und Kontaktpersonen rasch identifiziert werden, ist es aus fachlicher Sicht vertretbar, Elementarpädagoginnen und -pädagogen die Verwendung einer Schutzmaske freizustellen.

6.3.3 Abstand

Das Vermeiden von Körperkontakt und das Einhalten eines physischen Abstands von 1-2m gelten als eine wichtige Präventivmaßnahme. Die Korrelation zwischen der Nähe zu einer infektiösen Person und das Risiko einer Virusübertragung sind wissenschaftlich nicht vollständig definiert. Die -Abstands-Regel beruhen fachlich darauf, dass die vorherrschenden Übertragungswege von SARS-CoV-2 über große Tröpfchen aus der Atemluft sind. Das **Risiko einer Übertragung von SARS-CoV-2 nimmt mit zunehmendem physischem Abstand zwischen Menschen ab**, so dass eine Lockerung der Abstandsregeln, insbesondere für Innenräume, das Risiko eines Anstiegs der Infektionsraten birgt. Faktoren, die das Risiko der Übertragung beeinflussen sind die Umgebung (drinnen oder draußen), ob die infizierte Person hustet, niest oder das Sprechen zum Zeitpunkt des Kontaktes, die Dauer der Exposition und die Umgebungsbedingungen wie die Temperatur, Feuchtigkeit und die Art des Luftstroms. Das Übertragungsrisiko hängt auch mit anderen Faktoren zusammen, wie der Konzentration von Viruspartikel in Atmungs-Tröpfchen und die Menge der erzeugten Tröpfchen. Obwohl die Evidenzlage vermuten lässt, dass SARS-CoV-2 Atmungs-P mehr als zwei Meter weit wandern kann, nimmt das Übertragungsrisiko mit der Entfernung von der Infektionsquelle grundsätzlich ab. In einer kürzlich erschienenen systematischen Übersicht und Metaanalyse wurde ein physischer Abstand von einem Meter oder mehr mit einer fünffachen Reduktion des Übertragungsrisikos in Verbindung gebracht (3 % statt 13 %).

Um eine Ansteckung mit SARS-CoV2 zu vermeiden, bleibt das Abstand halten weiterhin eine wichtige Maßnahme. Bisher ist man von mindestens 1 Meter ausgegangen, da das Übertragungsrisiko aber auch von anderen Faktoren abhängt, könnten in manchen Situationen größere Abstände möglicherweise sinnvoll sein. Aufgrund der **hohen Ansteckungsgefahr der Mutation B.1.1.7** ist aus fachlicher Sicht die Erweiterung des Abstandes auf 2 Meter sinnvoll, zumindest dort, wo es möglich, dass dieser eingehalten werden kann. Da aus praktischen Gründen der Abstand nicht immer eingehalten werden kann, ist

ein ausnahmsweises Unterschreiten (z.B. Einhaltung der Verkehrssicherheit auf öffentlichen Gehsteigen in Städten) möglich.

6.3.4. Berufsgruppentestungen

Das Forcieren von Maßnahmen zur raschen Identifizierung, Isolierung und erforderlichenfalls Behandlung von Personen mit einer SARS-CoV-2 Infektion ist eine Voraussetzung zur erfolgreichen Pandemiebekämpfung. Die zentralen Elemente zur Unterbrechung von Infektionsketten sind hierbei Testungen und Kontaktpersonennachverfolgung. Testungen von Berufsgruppen mit erhöhtem Risikoprofil für eine Ansteckung mit dem SARS-CoV-2 tragen dazu bei rasch Infektionen zu identifizieren und eine weitere Verbreitung des Virus zu verhindern. Das Infektionsrisiko wird hierbei aufgrund folgender Parameter beurteilt:

- Kontakt zu vulnerablen Gruppen
- besonders exponiertes Personal
- Kontakt > 15 Minuten und/oder < 2 m
- physischer Kontakt
- Kontakt mit vielen und/oder unterschiedlichen Personen
- geringe Implementierbarkeit von Schutzmaßnahmen

6.3.5. Evidenz und Empfehlungsstärke zu den Maßnahmen / Interventionen

Die folgenden Darstellungen fußen auf der Anfragebeantwortung der Gesundheit Österreich GmbH mit dem Arbeitstitel „Evidenzübersicht Maßnahmen / Interventionen“ Diese wurde auf Basis der Informationen des *UK Advisory Boards*, das auf seiner Homepage eine Übersicht zu Covid-19 Maßnahmen/ Interventionen („Non-pharmaceutical interventions – NIPs, 21.9.2020 – veröffentlicht am 12.10.2020)) zur Verfügung stellt, erarbeitet. Sie umfassen **Empfehlungen** bzw. **Befunde** zu einzelnen Maßnahmen / Interventionen und deren **erwartete Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen**.

Es sind insgesamt 27 Maßnahmen/ Interventionen abgebildet, die folgenden 7 Bereichen zugeordnet werden können:

- Maßnahmen bzgl. Kontakte/ Interaktionen
- Maßnahmen im Wirtschafts-/Geschäftsbereich
- Maßnahmen im Bildungssektor
- Maßnahmen in Hochrisiko-Settings
- Maßnahmen für Personen mit Hochrisiko-Profilen
- Maßnahmen im Outdoor-/Arbeitsbereich
- Maßnahmen bzgl. Reisetätigkeiten

Kategorien der Auswirkungen auf das Transmissionsgeschehen durch die verschiedenen Maßnahmen:

- Sehr hohe Wirkung
- Moderate Auswirkungen
- Geringe Auswirkung
- Geringe bis moderate Auswirkung
- Moderate bis geringe Auswirkung
- Moderate bis geringe Auswirkung
- Sehr geringe Auswirkung

Nachfolgend wurden vereinzelte Maßnahmen aus den Bereichen „Kontakte/Interaktionen“ sowie Wirtschafts-/Geschäftsbereich dargestellt. Eine Übersicht über alle Bereich ist im Anhang befindlich.

- **Gesamt-„Lockdown“** (Schließung der Freizeit- und Krankensektoren, des nicht wesentlichen Einzelhandels, Erlaubnis zur Arbeitsstätte zu gelangen nur für Schlüsselpersonal, Schulen und Universitäten weitgehend geschlossen, Kontaktverbot mit anderen Haushalten, Gaststätten geschlossen) → ca. 75%-ige Reduktion und daher eine sehr hohe Auswirkung auf das Infektionsgeschehen.
- **Kurzer Lockdown** (z.B. 2-3 Wochen) → moderate Auswirkung auf das Infektionsgeschehen. Dies würde jedoch nur für einen kurzen Zeitraum gelten und daher nur begrenzte Auswirkungen haben. Wie bei allen Interventionen gilt auch hier, desto früher desto besser.
- **Verringerung der Kontakte zwischen Mitgliedern verschiedener Haushalte** → moderaten Auswirkung auf das Infektionsgeschehen. Aufgrund des hohen Risikos der Übertragung durch Tröpfchen, Aerosolen und der Verwendung gemeinsamer Oberflächen im Haushalt ist es notwendig Kontakte zwischen verschiedenen Haushalten zu verhindern um die Übertragungskette zu unterbrechen. Es besteht eine bis zu 40%ige sekundäre Attack Rate zwischen Mitgliedern im selben Haushalt.
Zur besseren Visualisierung der Kontaktbeschränkungen wird das Beispiel im Anhang sowie der Modellierungsrechner der Humboldt Universität Berlin empfohlen: <http://rocs.hu-berlin.de/contact-reduction-tutorial/#/>
- **Schließung der Gastronomie** (Bars, Pubs, Cafes, Restaurants, etc.) → moderate Auswirkung auf das Infektionsgeschehen, da dort das Risiko einer Ansteckung aufgrund des engen Beisammenseins, der langen Dauer der Exposition, das Nichttragen des Mund-Nasenschutzes und durch das laute Sprechen in geschlossenen Gebäuden wahrscheinlich höher ist.

Weitere Informationen können dem Anhang entnommen werden.

Das UK Advisory Board hält aufgrund der **Limitation der verfügbaren Evidenz** fest, dass ein Kausalzusammenhang bei einem Bündel von komplexen Interventionen nicht linear festgestellt werden kann. Nicht pharmazeutische Interventionen sind in der Regel multifaktoriell – d.h. mehrere Maßnahmen werden auf einmal gesetzt – und das Ausmaß der Befolgung in der Bevölkerung heterogen ist, was eine **spezifische Zuordnung der Auswirkungen** erschwert.

6.3.6. Artikel „Ranking der Wirksamkeit weltweiter COVID-19-Interventionen der Regierung“

Im Nature Human Behaviour wurde ein Artikel mit dem Titel „Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions“ veröffentlicht.

In einer Analyse wurden die Auswirkungen von 6.068 einzelnen nicht-pharmazeutischen Interventionen (NPI) auf die effektive Reproduktionszahl von Covid-19 in 79 Gebieten weltweit untersucht. Es zeigte sich, dass es kein einzelner NPI die RT unter eins senken kann und ein Wiederauftreten von COVID-19-Fällen nur durch eine geeignete Kombination von NPIs gestoppt werden. Diese sollten auf das jeweilige Land und sein epidemisches Alter zugeschnitten sein und müssen in der optimalen Kombination und Reihenfolge getroffen werden.

Neben dem Schließen bzw. Einschränken von Bereichen, an denen sich Menschen über einen längeren Zeitraum in kleinerer oder größerer Zahl aufhalten wie z.B. Schulen, Unternehmen, etc.) gibt es auch hochwirksame Maßnahmen, wie Einreisebeschränkungen oder Strategien zur Risikokommunikation, deren Einhaltung bei der Bevölkerung besser angenommen werden könnten, da diese Einschränkungen weniger drastisch ist als das Schließen bzw. Einschränken von z.B. Schulen.

6.3.7. Mund-Nasen-Schutz

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

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

| Maßnahme/ Intervention | Impact on COVID transmission | | | | | | |
|---|------------------------------|-----------------|-----------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------|
| | Very high impact | Moderate impact | Low im- pact | Low to moderate impact | Moderate to low impact | Moderate to low impact | Very low impact |
| Maßnahmen bzgl. Kontakte/ Interventionen (n=4) | | | | | | | |
| Stay at home order („lockdown“) | X | | | | | | |
| Planned, short, stay-at home order (“circuit breakers”) | | X | | | | | |
| Reducing contacts between members of different households within the home | | X | | | | | |
| Restrictions on outdoor gatherings, including prohibiting large event | | | X | | | | |
| Maßnahmen im Wirtschafts- / Geschäftsbereich (n=7) | | | | | | | |
| Encouragement to work from home wherever possible | | X | | | | | |
| Alternating week in – week off, return to work | | | | X | | | |
| Closure of bars, pubs, cafés and restaurants | | X | | | | | |
| Closure of indoor gyms, leisure centres, fitness etc. | | | | X | | | |
| Closure of places of worship/ community centres | | | | X | | | |
| Closure of non-essential retail | | | X | | | | |
| Closure of close-contact personal services (hairdressing, beauty therapy etc.) | | | X | | | | |
| Maßnahmen im Bildungssektor (n=8) | | | | | | | |
| Mass school closure to prevent transmission | | X | | | | | |
| Reactive school closure | | X | | | | | |
| Reactive closure of class/year group when outbreak detected | | | | X | | | |
| Alternating week-on, week-off school closure with half class sizes | | | | | X | | |
| Closure of further education | | X | | | | | |
| Closure of higher education | | X | | | | | |
| Quarantine for new students in higher education to prevent seeding into university (or testing of all new university admissions and isolation of positives) | | | X | | | | |
| Closure of childcare | | | | X | | | |
| Maßnahmen in Hochrisiko-Settings (n=1) | | | | | | | |
| Prohibition of visitors to hospitals and care homes | | | X | | | | |

Maßnahmen für Personen mit Hochrisiko-Profilen (n=1)

| | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|--|
| Shielding of high-risk individuals in their homes | | | X | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|--|

Maßnahmen im Outdoor-/Arbeitsbereich (n=3)

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|
| Increasing „COVID security“ in workplaces and other settings | | | X | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|---|
| Requirement for use of face covering outdoors | | | | | | | X |
|---|--|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|
| Extend requirement for use of face covering indoors (e.g. shared offices, schools) | | | | X | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|

Maßnahmen bzgl. Reisetätigkeiten (v.a. im Landesinneren) (n=3)

| | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|--|
| Restrict use of public transport by key workers | | | X | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|
| Impose local travel restrictions (e.g. 5-mile limit for non-essential travel) | | | | X | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|

| | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|--|
| Restrict travel between UK nations or between subnational regions | | | X | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|--|

