Variantenmanagementplan

Konsolidierte Fassung der Ergebnisse des Expert:innenworkshops, Überarbeitungen der GÖG sowie Anmerkungen GECKO, Bundesländer und weiterer Systempartner:innen

Stand 30.05.2022

Anmerkung zur Struktur dieses Dokuments: Für die Lesbarkeit des Dokuments sei an dieser Stelle festgehalten, dass in Folge eines jeden Kapitels die Kommentare und Anmerkungen seitens der Bundesländer und weiteren Systempartner:innen tabellarisch dargestellt sind. Am Ende des Dokuments sind zudem jene Kommentierungen tabellarisch aufgelistet, welche sich auf das Gesamtdokument beziehen.

Vorbemerkungen

Das vorliegende Dokument umfasst die redaktionell bearbeitete Dokumentation des am 26. April 2022 abgehaltenen Experten:innenworkshop zur Erarbeitung der Inhalte des Variantenmanagementplans. Dabei orientiert sich die Gliederung an dem abgestimmten Inhaltsverzeichnis des Plans und dient als Grundlage für die weitere Bearbeitung durch GECKO.

Zur Einbindung der Expert:innen

Die Entwicklung eines Variantenmanagementplans, der einerseits den Anspruch erhebt, im Rahmen der Planungen relevante Zukunftsszenarien adäquat abzubilden, und andererseits auch alle maßgeblichen Felder des Pandemiemanagements abzudecken, bedarf der Involvierung und Konsultierung einer Vielzahl unterschiedlicher Expertisen.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, wurde aufgrund der zeitlichen Erfordernisse (auch um die weiteren konkreten Veranlassungen mit Zielhorizont Herbst/Winter 2022/23 zu ermöglichen) ein pragmatischer Ansatz gewählt, als dass einerseits jene Personen zur Teilnahme eingeladen wurden, die ihre wissenschaftliche Expertise im Rahmen von GECKO, der Corona-Kommission sowie im Rahmen von verschiedene Beratungsstrukturen im öffentlichen Kontext (Untergruppen des OSR, Arbeitsgruppe der COVID-19 Future Operations Plattform) aktiv einbringen, sowie andererseits jene Personen, die im Rahmen des Krisenstabs des BMSGKP sowie GÖG, AGES und GECKO operativ an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Pandemiemanagement entscheidungsunterstützende Expertisen aufbereiten.

Die Personen, die in die Bearbeitung der jeweiligen Kapitel beratend eingebunden waren, sind in der entsprechenden Rubrik gelistet.

Zum Erarbeitungsprozess und zur Konsensusbildung

Die Bearbeitung erfolgte nach dem Muster, dass auf Grundlage einer einheitlichen Beschreibung der Expert:innengestützt abgeleiteten Szenarien (vgl. hierzu etwa das Papier von Future Operations) zunächst eine gemeinsame Bestandsaufnahme der einzelnen Felder des Pandemiemanagements definiert wurde, die insbesondere auf den künftigen Handlungsbedarf hinweist. In weiterer Folge wurden Vorschläge für Maßnahmen entwickelt, die je nach Charakter als Szenarien-unabhängig oder Szenarien-spezifisch bewertet wurden und im Falle letzterer Klassifikation den jeweiligen Szenarien zugeordnet wurden.

Für die Sammlung der Maßnahmenvorschläge wurde ein pragmatischer Ansatz gewählt mit dem Ziel, möglichst viel an Wissen rasch abzurufen und zu bündeln; wenngleich (sofern verfügbar) auf vorhandene Evidenz referenziert wird, stellen die Vorschläge in den weiteren Abschnitten daher eine Zusammenschau der eingebundenen Expertisen dar. Diese Vorgehensweise ist nicht nur aufgrund der zeitlichen Vorgaben, sondern

auch vor dem Umstand, dass es sich um ein Szenarien-basiertes Planungsdokument mit entsprechender Unsicherheit handelt, gerechtfertigt. Ebenso ist aber auch klar, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen einer laufenden Evaluierung der verfügbaren Evidenz zu unterziehen sind, insbesondere je klarer sich die künftige Entwicklung manifestiert und bestimmte Maßnahmenbündel zunehmende Relevanz erfahren.

Die in den folgenden Kapiteln dargelegten Maßnahmenvorschläge wurden im Rahmen von Expert:innendiskussionen während des Workshops sowie weiterführenden Stellungnahmen erarbeitet. Die Konsensusbildung orientierte dabei an dem Prinzip des gegenseitigen Einvernehmens, wobei insbesondere bei den weiterführenden Feedbackschleifen nur mehr selektiv einzelne Inputs aufgenommen werden konnten bzw. die ein oder andere grundsätzliche Bemerkung auch zum gegebenen Zeitpunkt nicht abschließend integriert werden konnte. Vor diesem Hintergrund ist auch der Beitrag der oben genannten Expert:innen in den jeweiligen Kapiteln zu verstehen, die redaktionelle Verantwortung wurde durch die Moderator:innen wahrgenommen.

Zum Vorschlagscharakter der Dokumentation

Die Ausführungen in den einzelnen Kapiteln haben Vorschlags- und Programmcharakter und dienen als Grundlage für die weiteren Planungsarbeiten des staatlichen Pandemiemanagements. Und selbst wenn vielfach auf die aktuellen Rahmenbedingungen des Pandemiemanagements Bezug genommen wurde und auch weitgehend die aktuellen rechtlichen und gesellschaftlich akzeptierten Vorgaben als Grundlage für die Maßnahmenvorschläge (insbesondere für die Szenarien 1 und 2 und zum Teil noch 3) handlungsleitend herangezogen wurden, so wurde in der Bearbeitung auch klar, dass einerseits insbesondere die ungünstigeren Szenarien mitunter sogar Maßnahmen bedürfen, die über den aktuellen Rahmen hinausgehen können, und andererseits auch vielfach die Einbindung weiterer Stakeholder:innen in die konkrete Umsetzung der Maßnahmen essentiell ist.

Vor diesem Hintergrund stellen die weiteren Ausführungen explizit unpräjudizielle Vorschläge dar und erfahren erst durch die weitere Bearbeitung durch die gesamtstaatliche Krisenkoordination (GECKO) eine erste Verbindlichkeit, indem auch die wesentlichen öffentlichen Akteure des Pandemiemanagements und maßgebliche Stakeholder die Maßnahmen gemeinsam in Hinblick auf deren Konsistenz, Umsetzbarkeit und Verhältnismäßigkeit prüfen und damit ein breit getragenes Einvernehmen über die Planungsarbeiten sicherstellen.

Beitragende Expertinnen und Experten

Kapitel 4 Impfstoffe und Impfung: Katja Fischer, Norbert Gehart, Gerald Krawinkler, Herwig Kollaritsch, Anna Nagel, Marie Paulke-Korinek, Klara Röbl, Lena Ruggier, Peter Schneider, Marton Szell, Karl Zwiauer

Kapitel 5 Surveillance: Bernhard Benka, Andreas Bergthaler, Ulrich Elling, Herber Oberacher, Elisabeth Puchhammer-Stöckl, Monika Redlberger-Fritz, Amra Sarajlic, Daniela Schmid, Thomas Starlinger, Dorothea von Laer, Ines Werzinger

Kapitel 6 Testen: Stephan Aberle, Manfred Ditto, Sigrid Kiermayr, Sonja Neubauer, Eva Schernhammer, Claudia Schwanda

Kapitel 7 Non-pharmaceutical Interventions: Thomas Czypionka, Christiane Druml, Margaretha Gansterer, Gerald Gartlehner, Gerry Foitik, Peter Klimek, Lena König, Katharina Körber-Risak, Christoph Peneder, Richard Pentz, Uli Pöschl, Stefan Rakowsky, Katharina Reich, Andrea Schmidt, Claudia Steinböck, Karl Stöger, Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Michael Wagner

Kapitel 8 Therapien: Michael Binder; Alexander Brandtner, Florentin Götzl, Andreas Neiß, Verena Nikolai, Daniela Philadelphy, Martin Renhardt, Maximilian Salcher-Konrad, Volker Schörghofer, Florian Thalhammer, Sabine Vogler, Oswald Wagner, Christoph Wenisch, Claudia Wild, Christa Wirthumer-Hoche, Markus Zeitlinger

Kapitel 9 Kapazitäten: Florian Bachner, Karin Eglau, Stefan Eichwalder, Isabella Fidon, Walter Hasibeder, Eva Kernstock, Klaus Markstaller, Katarina Meichenitsch, Petra Paretta, Eva Schaden, Claudia Sedlmeier, Wolfgang Seebacher, Rudolf Striedinger, Thomas Wochele-Thoma

Kapitel 10 Daten und Dateninfrastruktur: Konstantin Angerer, Arne Bathka, Philipp Bretschneider, Alexander Deggelseger-Márquez, Claudia Habl, Reinhard Kern, Gunter Maier, Niki Popper, Lukas Richter, Robert Scharinger, Tanja Stamm, Stefan Thurner

Kapitel 11 Long COVID und Kapitel 12 Psychosoziale Gesundheit: Julia Daxenbichler, Christina Dietscher, Alexandra Ferdin, Alexander Grabenhofer-Eggerth, Barbara Juen, Daniela Kern, Andreas Krauter, Valerie Nell-Duxneuner, Paul Plener, Susanne Rabady, Katrin Skala, Reinhild Strauss, Arschang Valipour; Roman Winkler, Ralf-Harun Zwick

Kapitel 13 Kommunikation: Edith Flaschberger, Anita Gottlob, Joy Ladurner, Thomas Neubauer, Peter Nowak, Julia Partheymüller, Clemens Peyer, Barbara Prainsack, Barbara Schober, Martina Stemmer

INHALT

Vorbemerkungen ... **3**

Zur Einbindung der Expert:innen ... *3*

Zum Erarbeitungsprozess und zur Konsensusbildung ... *3*

Zum Vorschlagscharakter der Dokumentation ... *4*

Beitragende Expertinnen und Experten ... *4*

Inhalt ... **6**

1 Einleitung ... **10**

1.1 Hintergrund ... *10*

1.1 Ziele (und Nicht-Ziele) des Plans ... *10*

1.2 Das weitere Follow-up ... *11*

1.3 Zum Arbeitsprozess ... *11*

2 The new normal – Grundsätze zu Leben mit Corona ... **13**

2.1 Stärkung der Resilienz des Gesundheitssystems ... *13*

2.2 Minderung der (negativen) Auswirkungen der Pandemiebekämpfung in allen Lebensbereichen ... *14*

2.3 Regeln und Eigenverantwortung ... *15*

2.4 Prävention als Teil des alltäglichen Handelns ... *16*

3 Beschreibung der Szenarien ... **18**

3.1 Szenario 1 – Idealfall / Reasonable Best Case ... *20*

3.2 Szenario 2 – Günstiger Fall / Central Optimistic ... *21*

3.3 Szenario 3 – Ungünstiger Fall / Central Pessimistic ... *22*

3.4 Szenario 4 – Sehr ungünstiger Fall / Reasonable Worst Case ... *23*

4 Impfstoffe und Impfung ... **27**

4.1 Allgemeine Bestandaufnahme und Auswirkungen ... *27*

4.2 Allgemeine Szenarien-unabhängige Maßnahmen ... *29*

4.2.1 Impfstoffportfolio und Logistik ... 29

4.2.2 Kommunikation und Impfakzeptanz ... 30

4.2.3 Monitoring und Daten ... 30

4.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen ... *31*

Szenario 1 ... 31

Szenario 2 ... 31

Szenario 3 ... 32
Szenario 4 ... 32

5 Surveillance ... 40

5.1 Surveillance international ... 40

5.1.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen ... 40

5.2 Surveillance national ... 40

5.2.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen ... 40

6 Testen ... 50

6.1 Testen ... 50

Szenarien-unabhängige Maßnahmen ... 50
Szenarien-abhängige Maßnahmen ... 51

6.2 Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung ... 51

Szenarien-unabhängige Maßnahmen ... 52
Szenarien-abhängige Maßnahmen ... 53

7 NPI - Non-pharmaceutical Interventions ... 64

7.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen ... 64

7.2 Allgemeine Maßnahmen ... 64

Allgemeine Überlegungen ... 64
Allgemeine Maßnahmen ... 66
Masken ... 67
Lüften ... 68
Allgemeine Zugangsregelungen ... 68
Einschränkungen der Bewegungsfreiheit (national und international) ... 69

7.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen ... 70

8 Therapien ... 80

8.1 Therapie und Therapieentwicklung ... 80

8.1.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen ... 80
8.1.2 Allgemeine Maßnahmen ... 81
8.1.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen ... 82

8.2 Covid-19-Therapeutika (administration extramural) ... 82

8.2.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen ... 82
8.2.2 Allgemeine Maßnahmen ... 83
8.2.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen ... 84

8.3 Covid-19-Therapeutika (administration intramural) ... 85

8.3.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen ... 85
8.3.2 Allgemeine Maßnahmen ... 86
8.3.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen ... 86

9 Kapazitäten ... 90

9.1 Kapazitäten intramural ... 90

9.1.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen ... 90
9.1.2 Allgemeine Maßnahmen ... 90
9.1.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen ... 93

9.2 Kapazitäten extramural ... 95

9.2.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen ... 95
9.2.2 Allgemeine Maßnahmen ... 96
9.2.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen ... 97

9.3 Kapazitäten Langzeitpflege (Personal, Schutzausrüstung) ... 97

9.3.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen ... 97
9.3.2 Allgemeine Maßnahmen ... 98
9.3.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen ... 100

10 Daten und Dateninfrastruktur ... 106

10.1 Dateninfrastruktur ... 106

10.1.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen ... 106
10.1.2 Allgemeine Maßnahmen ... 107

10.2 Daten und Zugang zu Daten ... 107

10.2.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen ... 107
10.2.2 Maßnahmen ... 110

11 Long COVID ... 114

11.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen ... 114

11.2 Szenarien-spezifische Maßnahmen ... 117

12 Psychosoziale Gesundheit ... 120

12.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen ... 120

12.2 Allgemeine Maßnahmen ... 121

12.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen ... 123

13 Kommunikation ... 128

13.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen ... 128

13.2 Allgemeine, szenarienunabhängige Kommunikationsleitlinien ... 129

Klare Ziele und Grundsätze für die Kommunikation sollen definiert werden ... 129
Zentrale Akteure und Gremien (auf nationaler Ebene) sollen stärker vernetzt werden Verbesserung der internen Kommunikation ... 129
Stakeholder sollen mit einer Stimme sprechen, abgestimmt sein. ... 129
Internationaler Austausch zur Kommunikation soll weiterhin gefördert werden. ... 129
Kommunikationsmaßnahmen sollen laufend evaluiert werden. ... 130

Medien sollen Hintergrundinformationen, z. B. wissenschaftliche Evaluierungen weiterhin einfach erklärt zur Verfügung gestellt werden (z. B. NIG Empfehlung). 130
Kommunikation muss barrierefrei und inklusiv sein. Die Zielgruppenorientierung von Maßnahmen soll verstärkt und verbessert werden. 130
13.3 Szenarien-spezifische Kommunikationsleitlinien 130

***Abbildungsverzeichnis* 148**

***Literaturverzeichnis* 149**

***Abkürzungen* 153**

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Seit nunmehr fast zweieinhalb Jahren werden die gesundheitspolitischen Anstrengungen weltweit und damit auch in Österreich von der COVID-19-Pandemie bestimmt. Dabei stand bei allen globalen, regionalen und nationalen Bestrebungen das Ziel im Vordergrund, die vielfältigen insbesondere gesundheitlich negativen Folgen der Pandemie so gut es geht einzudämmen und damit die durch Todesfälle verlorenen Lebensjahre, Beeinträchtigungen der physischen und psychischen Gesundheit, aber in weiterer Folge auch Einschränkungen im wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Leben so gering wie möglich zu halten.

Nicht immer wurde diesen Bestrebungen der gleiche Erfolg zuteil. Ein Grund dafür war, dass bestimmte Wirkungs- und Übertragungsmechanismen zu Beginn der Pandemie noch wenig bekannt und/oder untersucht waren (vgl. etwa die Bedeutung der Ausbreitung von Aerosolen in Innenräumen). Ein weiterer Grund war das nur lückenhafte systemische Verständnis der sozialen, psychologischen und ökonomischen Faktoren, die im Verlauf der Pandemie eine Rolle spielten und ihrerseits die Bereitschaft und Möglichkeiten der Bevölkerung formen, Maßnahmen einzuhalten. Zum Teil wurde daher auch die Akzeptanz bestimmter Maßnahmen nicht ausreichend berücksichtigt. Und auch die sich verändernde Beschaffenheit und Eigenschaften unterschiedlicher Virusvarianten stellte eine maßgebliche Herausforderung im Pandemiemanagement dar. Waren zu Zeiten der Alpha- oder Delta-Variante aufgrund der höheren Virulenz die (materiellen) Kapazitäten in der Gesundheitsversorgung noch mehr im Fokus, so hat uns die Omikron-Variante gezeigt, dass aufgrund der hohen Infektionszahlen insbesondere Personalausfälle die kritische Infrastruktur (einschließlich der Gesundheitsversorgung) unter Druck bringen können und das Auftreten von Subvarianten zu neuen – noch höheren – Peaks innerhalb einer Welle führen kann.

Und selbst wenn wir in den Jahren 2020 und 2021 einen Anstieg der Fallzahlen ab Ende Oktober beobachten konnten und es plausibel erscheint, dass dies 2022 wieder so sein wird, kann vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen nicht zwingend gefolgert werden, dass die COVID-19-Pandemie fortan beständig den beobachteten Mustern aus dem Frühjahr 2022 (oder irgendeiner anderen Phase) folgt. Für die Planungen des Pandemiemanagements in der nächsten Zeit (Planungshorizont 2022/2023) bedeutet dies, dass es sinnvoll ist, diese Überlegungen auf der Grundlage unterschiedlicher Szenarien anzustellen.

1.1 Ziele (und Nicht-Ziele) des Plans

Aufbauend auf den international diskutierten möglichen Szenarien einer künftigen Evolution des SARS-CoV-2-Virus liegen dem gegenständlichen Plan also nunmehr vier Szenarien zugrunde (Idealfall, Günstiger Fall, Ungünstiger Fall, Sehr ungünstiger Fall), die in groben Zügen den möglichen weiteren Verlauf der Pandemie beschreiben. Aus heutiger Sicht ist es nicht möglich, die Eintrittswahrscheinlichkeit dieser Szenarien abzuschätzen; erst im weiteren Verlauf der Pandemie wird deutlich werden, ob sich die tatsächliche

Entwicklung einem der Szenarien annähert oder möglicherweise Kombinationen der Parameter unterschiedlicher Szenarien aufweist.

Für die Planungsarbeiten selbst ist die Frage des tatsächlichen künftigen Verlaufs nicht von zentralem Interesse; vielmehr geht es darum, (1) unter der Annahme, dass jedes Szenario eintreten kann, und (2) entsprechend der Anforderung, dass die definierten Szenarien weitgehend den evolutorischen Rahmen der Pandemieentwicklung abdecken, zu prüfen, welche Maßnahmen in den maßgeblichen Aktionsfeldern des Pandemiemanagements je nach Szenario bzw. auch Szenarien-unabhängig zu ergreifen bzw. vorzubereiten sind. Die Aktionsfelder umfassen dabei die Bereiche Impfstoffe und Impfung, Surveillance, Testen und Contact Tracing, nichtpharmazeutische Interventionen, Therapien, Kapazitäten, Daten und Dateninfrastruktur, Langzeitfolgen sowie Kommunikation.

Die in der Folge dargelegten Maßnahmen stellen demnach die Planungsgrundlagen für die weiteren Aktivitäten des Pandemiemanagements in Österreich dar. Dabei ist es wesentlich, nicht nur jene Maßnahmen, die als Szenarien-unabhängig klassifiziert wurden, einer konkreten Umsetzung im gesamtstaatlichen Kontext zuzuführen (im Sinne von: Wer macht was bis wann?), sondern auch für die von Szenarien abhängigen Maßnahmen konkrete Planungsüberlegungen anzustellen, sodass bei Klärung der Eintrittswahrscheinlichkeit der tatsächlichen Entwicklung die entsprechenden Umsetzungsschritte rechtzeitig (also unter Berücksichtigung der zeitlichen Frist zwischen Aufnahme der Arbeiten und operativer Umsetzung) und koordiniert gesetzt werden können. Insgesamt gilt es festzuhalten, dass zum gesamtstaatlichen Schutz jedenfalls eine Vorbereitung auf das ungünstigste Szenario in vollem Umfang erfolgen muss.

1.2 Das weitere Follow-up

In der vorliegenden Fassung listet der Variantenmanagementplan also für die Kernbereiche des Pandemiemanagements die je nach Szenario als erforderlich identifizierten Maßnahmen auf und hat damit „Programmcharakter“ für die in weiterer Folge noch vorzunehmende operative Ausgestaltung des Pandemiemanagements. Der Plan beschreibt Zielzustände, die in einem nächsten Schritt im Rahmen der gesamtstaatlichen Krisenkoordination weiter zu operationalisieren sind. Hier sind insbesondere Festlegungen zu treffen, wer welche Aktivitäten bis wann und mit welchen Ressourcen durchzuführen hat und wie die einzelnen Aktivitäten in eine konsistente Steuerungs- und Berichtsstruktur integriert werden.

Zu diesem Zweck dient der Variantenmanagementplan als Planungsgrundlage für die weiteren Arbeiten im Rahmen von GECKO. Dies ist auch deshalb erforderlich, da die Maßnahmen in die Zuständigkeit unterschiedlicher Ressorts fallen. Zudem sind mitunter noch weiterführende Vorkehrungen im Sinne einer legistischen Umsetzung bzw. Abstimmung zwischen den Verwaltungsebenen zu treffen, welche ebenso erst im Zuge der gesamtstaatlichen Krisenkoordination (GECKO) initiiert bzw. veranlasst werden kann.

1.3 Zum Arbeitsprozess

Im Einvernehmen mit der gesamtstaatlichen Krisenkoordination (GECKO) übernahm das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Anfang April 2022 die Aufgabe,

Planungsüberlegungen für den Herbst und Winter 2022/2023 und darüber hinaus in Abhängigkeit von unterschiedlichen Pandemieszenarien anzustellen.

Mit der operativen Begleitung und Umsetzung seitens des BMSGPK wurde die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) betraut. Die maßgeblichen Inhalte und Überlegungen wurden in einem gemeinsamen Workshop von externen Expertinnen und Experten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Gesundheitsministerium, Krisenstab, GECKO-Geschäftsstelle, AGES sowie GÖG erarbeitet, welcher am 26. April 2022 stattfand. Die Namen der beitragenden Personen finden sich im Personenverzeichnis, für den Inhalt des Variantenmanagementplans ist das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz verantwortlich.

Kommentierungen zu Kapitel 1 Einleitung

Ad.	Kommentator	Anmerkung
1.1	Schernhammer	*Es werden keine Nicht-Ziele angeführt – daher löschen?*

2 The new normal – Grundsätze zu Leben mit Corona

Auch wenn die maßgeblichen internationalen Organisationen und auch viele Expertinnen, Experten und Gesundheitspolitiker:innen zu Beginn der Pandemie noch von der Hoffnung getragen waren, dass sich die COVID-19-Pandemie – wenn schon die räumliche Eindämmung und Isolation (wie etwa bei MERS-CoV) nicht geglückt ist – zumindest durch Impfung, durch Infektion erworbene Immunität oder Abschwächung binnen weniger Jahre völlig eindämmen und auf Sicht auslöschen würde, so hat sich heute nach fast zweieinhalb Jahren Pandemie die Einschätzung durchgesetzt, dass selbst im günstigsten Szenario (siehe Kapitel 3) COVID-19 als Infektionserkrankung weiterhin in unserer Gesellschaft bestehen bleiben wird.

Anders formuliert: Die Rückkehr in die alte Normalität – also die Zeit vor dem Auftreten von SARS-CoV-2, in der unser Alltag ohne die mittlerweile gängigen Maßnahmen des Pandemiemanagements geprägt war – wird sich wohl kaum in einem großen, zeitnahen und abrupten Schritt vollziehen. Vielmehr geht es darum, auf Sicht unser alltägliches Handeln – sei es im beruflichen oder sozialen Leben, sei es in den Gesundheitseinrichtungen oder aber auch im Austausch im familiären und persönlichen Umfeld – an einer neuen Normalität auszurichten, in der die Wirkung kollektiver Normen und individueller Handlungen so ausbalanciert ist, dass unser Leben möglichst wenigen Restriktionen unterliegt. Dies gilt sowohl für Einschränkungen, die sich für Menschen durch die Gefahr des Virus direkt (z.B. für Risiko-gruppen, die im Alltag stark eingeschränkt sind, um die Infektionsgefahr zu minimieren), als auch für solche, die sich aus den Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung ergeben (Zugangsbeschränkungen, Maskenpflicht, etc.).

Für eine solche Zielsetzung liegen mittlerweile Wissen und auch Instrumente vor. Denn anders als zu Beginn der Pandemie hat sich unser Wissen über die Ausbreitung des Virus und über Präventionsmaßnahmen vervielfacht, anders als zu Beginn haben wir Systeme einer umfassenden und internationalen Surveillance etabliert, und anders als zu Beginn sind Schutzausrüstung und auch -maßnahmen bis hin zu Tests, Impfungen und Therapien vielfach verfügbar und für uns alltäglich geworden. Es liegt also an uns gemeinsam, diese Instrumente möglichst zielgerichtet einzusetzen.

2.1 Stärkung der Resilienz des Gesundheitssystems

Die letzten Jahre der Pandemie haben uns gezeigt, wie wichtig leistungsfähige Gesundheitssysteme sind, um eine große Zahl an aufgrund der Pandemie zugleich erkrankten Personen, aber auch die vielen anderen Personen, die Gesundheitsleistungen bedürfen, adäquat zu versorgen. Lag zunächst vielfach noch der Fokus auf Schutzausrüstung und später auf Kapazitäten im Bereich der stationären (Intensiv-)Versorgung einschließlich der apparativen Ausrüstung, so rückte spätestens mit den beiden Omikron-Wellen im Frühjahr 2022 auch die Personalausstattung in den Fokus.

Zwischenzeitlich besteht generelles Einvernehmen darüber, dass die Resilienz des Gesundheitssystems nicht anhand eines einzelnen Parameters (wie etwa der Dichte an Intensivbetten) zu erfassen ist, sondern vielmehr

systemischen Charakter hat, der nicht nur alle Versorgungsebenen des Gesundheitssystems (beginnend bei der Primärversorgung über die spezialisierte Akutversorgung bis hin zur Rehabilitation) umfasst, sondern auch eine konzertierte und integrierte Betrachtung aller Funktionsbereiche erfordert.

Die Expertengruppe der Europäischen Union zur Analyse der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme (EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment) hat hierfür einen Analyserahmen entwickelt, der Aktivitäten sowohl in den Feldern „Steuerung", „Finanzierung", „Ressourcen" als auch im Bereich „Dienstleistungserstellung" umfasst (HSPA 2020). Es geht also neben der reinen Kapazitätenbetrachtung auch darum, neben guter und zeitnaher Steuerung von Aktivitäten und Einbindung der relevanten Stakeholder:innen auch Echtzeitinformationssysteme zu etablieren (Dimension Steuerung), hinreichende finanzielle Mittel auch für umfassende Gesundheitssicherung, aber auch Ressourcenvorhaltung sicherzustellen (Dimension Finanzierung), ein ausreichend qualifiziertes und aktivierbares Potenzial an Gesundheitspersonal zu entwickeln und die physischen Ressourcen vorzuhalten (Dimension Ressourcen) sowie neue Wege in der Dienstleistungserstellung (Stichwort Digitalisierung) zu beschreiten.

Letztlich geht es darum, das gesamte Versorgungssystem in all seinen vitalen Funktionen krisenfit auszustatten und durch vorausschauende Planung zu verhindern, dass die Versorgung von COVID-Patientinnen und -Patienten in Konkurrenz zur Regelversorgung tritt, sowie für künftige Krisen – wie auch immer diese aussehen mögen – gewappnet zu sein.

2.2 Minderung der (negativen) Auswirkungen der Pandemiebekämpfung in allen Lebensbereichen

Auch wenn wir es uns vielfach anders gewünscht hätten, keine Gesellschaft dieser Welt stand vor der Wahl eines alternativen Szenarios ohne Pandemie, und kein Land (zumindest im globalen Norden) konnte es sich leisten, die Pandemie im Sinne eines Laissez-faire-Ansatzes völlig zu ignorieren (gleichwohl es etwa in vereinzelten Staaten zu Beginn der Pandemie entsprechende Ansätze gab).

Anders formuliert: Die Pandemie hat uns gesellschaftlich und damit auch politisch vor eine Lose-Lose-Situation gestellt, in der es darum ging und nach wie vor geht, die unterschiedlichen und vorwiegend negativen Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche abzuwägen. Dabei ist klar, dass der Schutz des menschlichen Lebens und damit auch die Aufrechterhaltung einer funktionierenden Gesundheitsversorgung Prioritäten sein müssen. Ebenso klar ist aber auch, dass negative Auswirkungen auf die Gesundheit nicht nur durch die im Rahmen der Pandemie verursachten Infektionen entstehen, sondern etwa auch durch die negativen Begleiterscheinungen von Maßnahmen zur Kontaktreduktion (etwa durch die Schließung von Bildungseinrichtungen) oder in weiterer Folge durch wirtschaftliche und psychosoziale Langzeitfolgen.

Bis dato existiert noch kein Konsens darüber, anhand welcher Indikatoren Erfolg oder Misserfolg des Pandemiemanagements in diesen gesellschaftlichen Teilbereichen, aber viel mehr noch darüber hinaus zu bewerten ist und wie adäquat dann auch europäische und internationale Vergleiche angestellt werden könnten. Fest steht, das hohe Maß an Verflechtungen zwischen den europäischen Staaten, aber auch weltweit, bedeutet, dass die Bemühungen der einzelnen Staaten immer im Kontext der Mobilität gesehen werden müssen.

Für den österreichischen Weg in der Pandemiebekämpfung können bis dato folgende vier Prinzipien (Reihenfolge korreliert nicht mit Gewichtung) als handlungsleitend identifiziert werden – diese wurden auch für die weitere Ableitung der Maßnahmen in den Folgekapiteln zugrunde gelegt: (1) Der Ausbreitung der Pandemie bestmöglich mit geeigneten gesellschaftlichen Maßnahmen im Sinne der sozialen Gerechtigkeit zu begegnen; (2) Priorität des Schutzes von Gesundheit und Leben; (3) Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung als zentrales Element der sozialen Daseinsvorsorge vor unmittelbaren wirtschaftlichen und sozialen Interessen; (4) möglichst geringe Einschränkung der Grund- und Freiheitsrechte.

2.3 Regeln und Eigenverantwortung

Noch deutlicher als vorangegangene Infektionsereignisse hat uns die COVID-19-Pandemie gezeigt, dass die Maßnahmen gegen die Ausbreitung der Pandemie nicht nur eine individuelle Wirkung entfalten, sondern zugleich auch dann umso wirkungsvoller sind, wenn diese gemeinsam befolgt werden, da damit auch ein kollektives Schutzniveau sichergestellt werden kann. Dies wurde bereits durch die erste Kampagne der Bundesregierung zu Beginn des Jahres 2020 („schau auf mich, schau auf dich“) deutlich.

Dabei ist klar, dass sich die Anwendung von Schutzmaßnahmen an der allgemeinen pandemischen Risikolage oder aber auch am spezifischen Setting (vgl. etwa besondere Auflagen für den Besuch von Alten- und Pflegeheimen oder die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln) zu orientieren hat und dabei stets eine entsprechende Balance zwischen individuellen Freiheitsrechten, dem Schutz vulnerabler Bevölkerungsgruppen, und der allgemeinen Pandemiebekämpfung zu beachten hat, nach dem leitenden Prinzip „So viel wie nötig, wo wenig wie möglich“. Ebenso ist klar, dass die Wahrung der individuellen Freiheitsrechte immer auch im Rahmen einer gesellschaftlichen Interessensabwägung stattfindet und unterschiedliche Folgen für verschiedene Personengruppen aufweist, in dem Sinne, dass geringere Schutzmaßnahmen bei Großveranstaltungen für die Allgemeinbevölkerung etwa den Zugang zu diesen für vulnerable Gruppen erschweren können und umgekehrt.

Damit weisen Schutzmaßnahmen einen doppelten und sich gegenseitig verstärkenden Nutzen auf. Neben dem Selbstschutz tragen auch – als positiver externer Effekt – die Schutzmaßnahmen der anderen zu einem generell erhöhten Infektionsschutz bei, sodass bei konsequenter Anwendung deren Wirkung maximiert wird. Eine Person, die sich etwa an die Maskenpflicht hält oder Impfempfehlungen folgt, ist besser geschützt, wenn andere Menschen dies auch tun. Zudem gibt es eine gemeinsame gesellschaftliche Verantwortung für jene Menschen, die sich selbst nicht schützen können. Diese Menschen sind in ihrem Schutz vollständig auf die Maßnahmenanwendung anderer Menschen angewiesen.

Die Anwendung von Schutzmaßnahmen ist damit nicht nur eine Frage der Verantwortung von Einzelpersonen oder Familien, sondern eine Frage gemeinsamer gesellschaftlicher Verantwortung. Diese bedeutet, dass die Gesundheit aller in Österreich lebender und sich aufhaltender Personen geschützt werden muss, egal zu welcher Gruppe sie gehören: Zu jenen, für die eine Infektion mit einem SARS-CoV-2-Virus eine große Gefahr darstellen würde, oder zu jenen, für die die gesundheitlichen Risiken der Maßnahmen (psychologische Folgen, Einschränkungen der medizinischen Versorgung im Vorsorgebereich, etc) die der Infektion überwiegen. Insofern wurde durch die Pandemie verdeutlicht, dass Eigenverantwortung zwar einen wichtigen Ansatzpunkt zur Krisenbewältigung darstellt, diese aber in Situationen wechselseitiger Abhängigkeit (wie etwa bei

übertragbaren Infektionserkrankungen generell) immer nur in Kombination mit Fürsorge für den Anderen bzw. Solidarität mit den Anderen seine Wirkung entfalten kann.

Aufgrund der großen Heterogenität individueller Gesundheitsbedürfnisse ist es unmöglich, mit generellen Maßnahmen allen Bedürfnissen gerecht zu werden. Bindende Normen - wie durch Gesetze oder Verordnungen angeordnete Maßnahmen – können daher immer nur ein Teil einer effektiven Strategie zur Eindämmung bzw. Bekämpfung der Pandemie sein. Daneben sollte auch die Bereitschaft der Bevölkerung gefördert werden, sich selbst als auch andere Menschen durch eigenes Verhalten zu schützen.

Bindende Normen müssen notwendigerweise die Bedürfnisse jener Menschen zuerst im Blick haben, die aufgrund ihres eigenen Verhaltens und mit eigener Kraft weniger in der Lage sind sich selbst zu schützen als andere. Dies gilt sowohl für medizinisch, sozial, oder ökonomisch vulnerable Gruppen, als auch für Orte und Bereiche, in denen Menschen es sich nicht aussuchen können, ob sie sich dort aufhalten bzw. teilnehmen möchten oder nicht. Beispiele sind der Arbeitsplatz, die Betreuung in einem Alten- und Pflegeheim oder die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln. Für diese Gruppen bzw. in diesen Bereichen sind die Schutzmaßnahmen durch entsprechende Regeln eher zu normieren und deren Einhaltung durch geeignete Instrumente sicherzustellen als in Bereichen, in denen Menschen Gefahren durch individuelles Verhalten leichter reduzieren können.

Damit Menschen in der Lage sind, sich selbst und andere zu schützen, muss ihre eigene gesundheitliche, psychologische und wirtschaftliche Situation stark genug sein. Dies unterstreicht einmal mehr die Bedeutung starker sozialer und gesundheitlicher Infrastrukturen und Sicherungssysteme. Zudem werden Maßnahmen von der Bevölkerung eher mitgetragen, wenn das Maßnahmenpaket in seiner Gesamtheit als konsistent, effektiv und fair wahrgenommen wird. Weiters ist das Selbstverständnis, seine Mitmenschen schützen zu wollen, in homogeneren Gesellschaften stärker ausgeprägt als in stärker fragmentierten Ländern mit geringerem gesellschaftlichem Zusammenhalt, die in dieser Hinsicht vor einer größeren Herausforderung stehen.

2.4 Prävention als Teil des alltäglichen Handelns

Die Pandemie hatte nicht nur starke Auswirkungen auf unser Leben in gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Hinsicht, insbesondere durch die zum Teil starken Einschränkungen der Bewegungsfreiheiten, sondern es wurde auch deutlich, dass unser alltägliches – und damit auch habituelles – Handeln einen maßgeblichen Beitrag nicht nur zur Reduktion der Ausbreitung von COVID-19, sondern auch für Infektionskrankheiten im Allgemeinen hat.

So wurde etwa gleich zu Beginn der Pandemie seitens der WHO und der nationalen Behörden auf die Bedeutung von Handhygiene und Niesetikette hingewiesen und es setzten sich neue Formen der persönlichen Begrüßung anstelle des Händeschüttelns oder Küssens durch. Mit der zunehmenden Verfügbarkeit von Desinfektionsmitteln und -spendern ergab sich die Möglichkeit, an vielen Orten der Handhygiene nachzukommen.

Im Falle von milden Erkältungssymptomen wurde die vielfach eingeräumte Möglichkeit zu Homeoffice oder virtuellen Konferenzen auch dafür genutzt, Kolleginnen und Kollegen durch die Vermeidung persönlicher Kontakte vor Ansteckung zu schützen. Generell entstand in der Arbeitswelt – aber auch darüber hinaus – ein

verändertes Bewusstsein, indem konsequenter auf gegenseitigen Schutz und die zeitgerechte Inanspruchnahme von Krankenständen bzw. Homeoffice geachtet wurde.

Und überall dort, wo eine physische Kontaktaufnahme unvermeidbar ist, griffen und greifen viele Personen nach wie vor auf die Schutzmaske als freiwillige Präventionsmaßnahme zurück.

Die Präventionsmaßnahmen sind also bereits ein Stück weit Teil unseres alltäglichen Handelns geworden und in unsere tägliche Routine übergegangen, sodass sie vielfach unter der eigenen oder auch der kollektiven Wahrnehmungsschwelle verlaufen. (Priesemann, V. et al., 2021). Und wenn damit zwar die Pandemie aus epidemiologischer Sicht nicht verschwunden ist: Je mehr Routine bei Präventions- und Schutzmaßnahmen in unseren Alltag einzieht, desto weniger sichtbar werden Pandemie und Pandemiebekämpfung und umso normaler gestaltet sich unsere *neue* Normalität.

Kommentierungen zu Kapitel 2 The new normal – Grundsätze zu Leben mit Corona

Ad.	Kommentator	Anmerkung
2.2	Schernhammer	„Für den österreichischen Weg in der Pandemiebekämpfung können bis dato folgende vier Prinzipien (Reihenfolge korreliert nicht mit Gewichtung) als handlungsleitend identifiziert werden“ • *Ich würde wahrscheinlich anders reihen, wenn es nach der Gewichtung geht: 2), 3), 1), 4)*

3 Beschreibung der Szenarien

Wie in der Einleitung bereits dargelegt, wiesen die bisherigen Wellen der Pandemie vielfach einen substanziell veränderten Charakter auf. Dieser Umstand war im Wesentlichen auf zwei interagierende Phänomene zurückzuführen: So ist einerseits der sich ständig verändernde Immunisierungsstatus (durch Impfung und/oder Infektion) der Bevölkerung maßgeblich dafür, mit welcher Ausbreitungsgeschwindigkeit und auch Krankheitslast pandemische Wellen auftreten. Und andererseits geht die Übernahme durch neue Virusvarianten auch mit veränderter Infektiosität und/oder Virulenz einher, was sich auch in dem Umstand widerspiegelt, dass die Wellen seit Anfang 2021 auch klar dem Auftreten neuer Varianten zugeordnet – und häufig auch nach diesen bezeichnet – werden.

Virusvarianten gelten also derzeit als maßgebliche Treiber des pandemischen Geschehens, denen in weiterer Folge mit entsprechenden Maßnahmen des Pandemiemanagements (beginnend bei Surveillance, Testen, Kontaktpersonenmanagement, Schutzmaßnahmen bis hin zu Therapien) zu begegnen ist.

Die Detektion neuer Virusvarianten erfolgt im Rahmen der internationalen Surveillance; Erfahrungen bis dato haben gezeigt, dass es im Regelfall eine zeitliche Frist von einigen Wochen bis zu wenigen Monaten zwischen der ersten gesicherten Detektion und der Durchsetzung neuer Varianten in Österreich gibt. Unter Berücksichtigung der aktuellen Variantensituation ergibt sich damit durch diese zeitliche Verzögerung zwischen (erstmaliger) Entdeckung und gehäuftem Auftreten vor Ort jener Zeitraum, für welchen vergleichsweise gesicherte Aussagen über die weitere Entwicklung der Pandemie (im Sinne von statistischen Eintrittswahrscheinlichkeiten) getroffen werden können.

Für die weitere Zukunft können keine Aussagen zu einer wahrscheinlichen Entwicklung getroffen werden, vielmehr gilt es, anhand von Szenarien mögliche zukünftige Situationen zu beschreiben. Diese Szenarien sind plausible Einschätzungen aus heutiger Sicht, deren Eintrittswahrscheinlichkeit nicht quantifiziert werden kann. Ebenso ist es möglich, dass die künftige tatsächliche Entwicklung der Pandemie einen anderen Verlauf nimmt oder es aber zu einem Übergang von einem Szenario in ein anderes kommt. Selbst Entwicklungen außerhalb der Extremszenarien können nicht a priori ausgeschlossen werden.

In diesem Sinne stellen die vier unten dargestellten Szenarien vereinfachte und pragmatische Vorschläge der künftigen Entwicklung dar, die als Grundgerüst für die weiteren Planungen des Pandemiemanagements in Österreich gelten und anhand derer geprüft werden soll, welche Maßnahmen des Pandemiemanagements Szenarien-übergreifend oder Szenarien-spezifisch zu treffen sind. Unabhängig von der Szenarien-Sensitivität sind aber bereits zum gegebenen Zeitpunkt für alle Maßnahmen Planungsüberlegungen anzustellen, sodass bei Klärung der tatsächlichen Entwicklung die entsprechenden Umsetzungsschritte rechtzeitig und koordiniert gesetzt werden können und damit dem oben beschriebenen Reaktionszeitraum Rechnung getragen werden kann.

Maßgeblich für eine zeitnahe Umsetzung und Veranlassung des Pandemiemanagements ist dabei die internationale Surveillance und kontinuierliche Prüfung und Evaluierung der aktuellen Entwicklung vor dem Hintergrund der Planungsszenarien.

Die angewandten Planungsszenarien orientieren sich an internationalen Vorarbeiten (insbesondere UK) und umfassen vier Szenarien, wobei die aktuelle, durch die Omikron-Variante determinierte Situation der COVID-19-Pandemie am ehesten dem zweiten Szenario („Günstiger Fall“) entspricht.

3.1 Szenario 1 – Idealfall / Reasonable Best Case

Szenario 1 – Idealfall / Reasonable Best Case	
Allgemeiner Status:	**Die Pandemie läuft aus.**
Virus-Impact auf Gesundheit und Gesellschaft	COVID-19-Auswirkungen auf einzelne Menschen sind vergleichbar mit denen anderer milder respiratorischer Infektionserkrankungen (Bathke et al. 2022), geringes Ausmaß an schweren Erkrankungen (Bathke et al. 2022), und milde Symptome vorwiegend in einem Bereich der keinen Krankenstand erforderlich macht. Insgesamt keine Einschränkungen im wirtschaftlichen, sozialen Leben in Österreich erforderlich
Virusvarianten-entwicklung	Weitere Varianten entstehen, es kommt allerdings nicht zu einer Zunahme der Übertragbarkeit oder Intensität und nur zu einer minimalen Abnahme der Schutzwirkung von Impfung oder infektionsinduzierter Immunität. Vorangegangene Varianten (Delta) treten nicht mehr auf. Auswirkungen neuer Varianten sind „harmlos“, jedoch in Ländern mit Null-COVID-Strategie eventuell intensiver durch „Erstinfektion“. (Bathke et al. 2022; GOV.UK 2022) Es sind geringfügige saisonale und regionale Ausbrüche aufgrund nachlassender Immunität und geringer antigener Veränderungen zu erwarten. (Hasibeder 2022)
Impfstoffe	Die aktuellen Impfstoffe verfügen weiterhin über eine Wirksamkeit, die mit jener vergleichbar ist, die im Verlauf der Omikron-Wellen beobachtet wurde. Dasselbe gilt für infektionsinduzierte Immunität. Zu erwarten sind somit nur geringfügige saisonale und/oder regionale Ausbrüche aufgrund nachlassender Immunität oder neuer, immunevasiver Virusvarianten. (GOV.UK 2022)
Ausblick Herbst/Winter 2022/2023	Möglicherweise hohe Anzahl an Infektionen aber relativ geringe Spitalsbelastung im Herbst/Winter 2022/2023 mit einer bewältigbaren, vergleichsweise geringen Anzahl an schweren Erkrankungen (GOV.UK 2022)

3.2 Szenario 2 – Günstiger Fall / Central Optimistic

Szenario 2 – Günstiger Fall / Central Optimistic	
Allgemeiner Status:	**Die Pandemie hält noch an, schwächt sich aber längerfristig ab.**
Virus-Impact auf Gesundheit und Gesellschaft	Die zunehmende globale Immunität führt zu einem allgemein geringeren Schweregrad der Erkrankung. Infektionswellen werden durch Zyklen deutlich abnehmender Immunität und/oder das Auftreten neuer Varianten entweder von Omikron oder anderen Linien verursacht. (GOV.UK 2022) In den klimatisch gemäßigten Zonen kann sich ein saisonales Muster von Ausbrüchen herausbilden. (WHO/WHE/SPP 2022) Neue Varianten sind in ihren Auswirkungen ähnlich wie die bisherigen durch Omikron oder Delta verursachten Wellen. Schwere Verläufe und damit auch eine Intensivbehandlung bleiben vorwiegend auf vulnerable Gruppen, ältere Personen und Personen mit unzureichender Immunisierung begrenzt. Partielle Einschränkungen in Hochrisiko-Settings (z. B. Alten- und Pflegeheime) sind lokal begrenzt bzw. kann auch der Einsatz von NPI (Masken) je nach Lage angezeigt sein. (Bathke et al. 2022)
Virusvarianten-entwicklung	Das allgemeine Muster ist eine jährliche saisonale Infektion mit „guten“ und „schlechten“ Jahren, wobei die „schlechten Jahre“ durch eine hohe Übertragbarkeit und einen ähnlichen initialen Schweregrad wie Delta gekennzeichnet sein können. Schwere Erkrankungen und Todesfälle beschränken sich weitgehend auf Risikogruppen. (Bathke et al. 2022; GOV.UK 2022). Vermehrtes Auftreten von antiviralen Resistenzen, bis Kombinationstherapien verfügbar sind.
Impfstoffe	Eine regelmäßige Auffrischung und ggf. Anpassung der Impfstoffe ist notwendig (GOV.UK 2022); die aktualisierten Impfstoffe werden in „guten Jahren“ an die vulnerable Bevölkerung verabreicht, in „schlechten Jahren“ an die Gesamtbevölkerung.
Ausblick Herbst/Winter 2022/2023	saisonale Infektionswelle im Herbst/Winter 2022/2023 mit einem mit den letzten Omikron-Wellen vergleichbaren Ausmaß und Schweregrad (GOV.UK 2022; Hasibeder 2022)

3.3 Szenario 3 – Ungünstiger Fall / Central Pessimistic

Szenario 3 – Ungünstiger Fall / Central Pessimistic	
Allgemeiner Status:	**Die Pandemie hält an. Das Virus verändert sich weiter.**
Virus-Impact auf Gesundheit und Gesellschaft	Aufgrund des hohen Ausmaßes an globalen Infektionen kommt es noch viele Jahre zu unvorhersehbaren und häufigen Auftreten und Ausbrüchen neuer Varianten. Es ist zu erwarten, dass immer wieder neue Varianten entstehen, die zu einem maßgeblichen Anstieg an schweren Verläufen und Hospitalisierungen führen. (GOV.UK 2022) Die bestehende Immunität der Bevölkerung sowie aktualisierte Impfstoffe bieten weiterhin einen guten Schutz gegen die meisten schweren Verläufe, sodass die Belastung der Gesundheitssysteme vorwiegend vom Immunitätsstatus der Bevölkerung (genesen und/oder geimpft) abhängig ist. (GOV.UK 2022) Obwohl nicht zwangsweise schwerwiegender, verursachen wiederholte Infektionswellen weitreichende Störungen des gesellschaftlichen und sozialen Lebens mit zum Teil überproportionalen Auswirkungen auf bestimmte (vulnerable) Gruppen, z. B. Kinder.
Virusvarianten-entwicklung	Die hohe globale Infektionsinzidenz führt in Verbindung mit der zunehmenden Immunität der Bevölkerung zu einem unvorhersehbaren Auftreten von Varianten mit einer Kombination aus verstärkter Immunevasion und höherer Übertragbarkeit im Vergleich zu Omikron, die mehrmals jährlich und/oder in „schlechten Jahren“ mit ähnlichem initialem Erkrankungsschweregrad wie Delta auftreten können. weitverbreitete antivirale Resistenz
Impfstoffe	weitverbreitete jährliche Impfung mit aktualisierten Impfstoffen für alle Bevölkerungsgruppen; als Folge des Selektionsdrucks werden neue, zukünftige Varianten die Immunität zum Zeitpunkt des Auftretens wieder umgehen. (GOV.UK 2022)
Ausblick Herbst/Winter 2022/2023	Das Auftreten einer neuen, besorgniserregenden Variante führt zu einer großen Infektionswelle, möglicherweise kurzfristig und außerhalb des Herbstes/Winters 2022/2023. Schwere Erkrankungen und Sterblichkeit konzentrieren sich jedoch weiterhin auf bestimmte Gruppen (und sind niedriger als vor der Impfung), z. B. auf ungeimpfte, gefährdete und ältere Menschen. (GOV.UK 2022; Hasibeder 2022). Aufgrund der hohen Immunevasion sind allerdings möglicherweise auch NPIs wieder verstärkt notwendig (bis hin zum Lockdown). Die Infektiosität der neuen Variante beeinflusst die Dauer und Intensität der Welle. In weiterer Folge treten neue Wellen auf. (Bathke et al. 2022)

3.4 Szenario 4 – Sehr ungünstiger Fall / Reasonable Worst Case

Szenario 4 – Sehr ungünstiger Fall / Reasonable Worst Case	
Allgemeiner Status:	**Die Pandemie verstärkt sich.**
Virus-Impact auf Gesundheit und Gesellschaft	Neue Varianten entstehen, die nicht nur ähnlich infektiös sind wie Omikron, sondern auch noch virulenter als Delta. Die Hospitalisierungsraten befinden sich (trotz T-Zell-Immunität) wieder im Bereich von Delta bei Ungeimpften. Es kommt zu erneuten Wellen, die sehr hohe Zahlen an Infektionen und Hospitalisierungen verursachen. Eine mögliche Resistenzentwicklung verstärkt die Dynamik der Pandemie. (Bathke et al. 2022) Es kommt in diesem Szenario zu keiner (weiteren) Entkopplung von Infektionszahlen und Intensivstation-Belegung. Der Anteil von infizierten Personen, die von Langzeitfolgen betroffen sind, steigt. Es wird weiterhin eine Übersterblichkeit und eine Abnahme der durchschnittlichen Lebenserwartung verzeichnet. (Hasibeder 2022) Die Einhaltung nichtpharmazeutischer Schutzmaßnahmen ist vor allem in Infektionswellen mit besonders gefährlichen immunevasiven Varianten unabdinglich. (Hasibeder 2022) Entsprechend kommt es in diesen Phasen zu starken Einschränkungen im gesellschaftlichen und sozialen Leben.
Virusvarianten-entwicklung	Es entwickeln sich wesentlich virulentere und hoch übertragbare Varianten, gegen die Impfstoffe weniger wirksam sind. Mögliche Ursachen sind die hohe weltweite Inzidenz, eine unzureichende globale Durchimpfung, die Verbreitung von SARS-CoV-2 in Tierreservoiren sowie die Rekombination von genetischem Material zwischen Varianten oder mit einem verwandten Coronavirus. Nicht alle Varianten weisen die gleichen Charakteristika auf, aber einige zeigen eine erhebliche Immunevasion sowohl auf bestehende infektionsinduzierte Immunität als auch auf existierende Impfstoffe. Je nach Variante wird auch eine abnehmende Immunität gegen schwere Verläufe und Todesfälle beobachtet, insbesondere bei Risikogruppen. weitverbreitete antivirale Resistenz (Bathke et al. 2022; GOV.UK 2022)
Impfstoffe	Eine flächendeckende jährliche Impfung mit aktualisierten Impfstoffen ist erforderlich. Neue Varianten könnten die Aktualisierung der Impfstoffe überholen und erfordern einen entsprechend konsequenten Einsatz von NPI. (GOV.UK 2022)
Ausblick Herbst/Winter 2022/2023	hohe Infektionswelle mit einer Zunahme schwerer Erkrankungen in weiten Teilen der Bevölkerung, wobei die schwersten gesundheitlichen Folgen vor allem bei Menschen mit nicht ausreichender Immunität zu beobachten sind (GOV.UK 2022). Massive Einschränkungen im globalen Reiseverkehr, aber auch innerhalb der EU, wenn keine EU-weit einheitlichen Maßnahmen implementiert werden können.

Kommentierungen zu Kapitel 3 Szenarien

Ad.	Kommentator	Anmerkung
3	**Vorarlberg**	• *Die aufgelisteten vier Szenarios beschreiben die tatsächlich möglichen Szenarios. Es sollte aber hier eine Aufsplitterung der Szenarios in Untergruppen vorgenommen werden. Und zwar in solche mit Virusvarianten mit schwereren Verläufen/höherer Letalität und mit Virusvarianten mit höherer Übertragbarkeit, da die daraus resultierenden Maßnahmen und Planungen Behandlung extramural, Spitalsversorgung, „Versorgung" von Verstorbenen…) andere sind. Dies ist insofern sinnvoll, da eine virulentere Variante nicht zwangsläufig eine höher übertragbare ist.* • *Bei einer Variante mit höherer Übertragbarkeit ist mit vielen leicht erkrankten, somit extramural zu behandelnden, Personen, bei einer Variante mit schwereren Krankheitsverläufen mit mehr Hospitalisierten und mit mehr Todesfällen zu rechnen. Auch die daraus resultierende Impfstrategie wäre eine andere.*
3	**Oberösterreich**	*Grundsätzlich ist es verständlich, dass in verschiedenen Szenarien gedacht wird. Maßgeblich für die Vorbereitung auf den Herbst ist aber die Festlegung, auf welche Bausteine der Pandemiebekämpfung in genau welcher Ausprägung der zuständige Bundesminister vertraut. Auch bei fortschreitenden Infektionen müssen Überlegungen angestellt werden, bis zu welchen Punkten bestimmte Maßnahmen sinnvoll und möglich sind.*
3	**Kollaritsch**	• ***Therapien Szenario 1:*** *Therapeutika sind für vulnerable Personen vorrätig und über das reguläre System (Hausärzte, Ambulanzen) zugänglich* • ***Therapien Szenario 2:*** *Zugang zu COVID-19-Therapeutika für Personen in Risikogruppen über Hausärztinnen und -ärzte, um Komorbiditäten und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten adäquat zu berücksichtigen. Diese werden bereits vorab zu Therapiemöglichkeiten informiert, um einen niederschwelligen Zugang sicherzustellen. Für andere Personen: komplementärer Zugang über COVID-19-Zentren (z. B. nach Wiener Modell mit telemedizinischer Versorgung und elektronischer Verschreibung), um eine Überlastung des niedergelassenen Bereichs zu vermeiden.* • ***Therapien Szenario 3:*** *Zugang zu COVID-19-Therapeutika für Personen in Risikogruppen über Hausärztinnen und -ärzte, um Komorbiditäten und Wechselwirkungen mit*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		anderen Medikamenten adäquat zu berücksichtigen. Diese werden bereits vorab zu Therapiemöglichkeiten informiert, um einen niederschwelligen Zugang sicherzustellen. Für andere Personen: komplementärer Zugang über COVID-19-Zentren (z. B. nach Wiener Modell mit telemedizinischer Versorgung und elektronischer Verschreibung), um eine Überlastung des niedergelassenen Bereichs zu vermeiden. Klare Definition von Risikogruppen den prioritären Zugang zur Behandlung haben müssen, sollte der Bedarf an Therapeutika das Angebot übertreffen. • ***Therapien Szenario 4:*** *Zugang zu COVID-19-Therapeutika für Personen in Risikogruppen über Hausärztinnen und -ärzte, um Komorbiditäten und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten adäquat zu berücksichtigen. Diese werden bereits vorab zu Therapiemöglichkeiten informiert, um einen niederschwelligen Zugang sicherzustellen. Für andere Personen: komplementärer Zugang über COVID-19-Zentren (z. B. nach Wiener Modell mit telemedizinischer Versorgung und elektronischer Verschreibung), um eine Überlastung des niedergelassenen Bereichs zu vermeiden.*
3.1	**Schernhammer**	„Die Pandemie läuft aus.“ • *Bereits im Herbst 2022 gemeint? Das sollte man abgrenzend gegenüber Szenario 2 klarstellen* „Weitere Varianten entstehen, es kommt allerdings nicht zu einer Zunahme der Übertragbarkeit oder Intensität und nur zu einer minimalen Abnahme der Schutzwirkung von Impfung oder infektionsinduzierter Immunität.“ • *Im Vergleich zu Omikron? Wenn Omikron im Herbst wieder käme und unsere Immunität dann ähnlich jener im Februar ist, dann könnten bei vielen gleichzeitigen Krankenständen (selbst bei milden Verläufen) wieder Engpässe auftreten.* „Die aktuellen Impfstoffe verfügen weiterhin über eine Wirksamkeit, die mit jener vergleichbar ist, die im Verlauf der Omikron-Wellen beobachtet wurde.“ • *Da diese Wirkung was den Schutz vor Infektion betrifft sehr schlecht ist, kann es weiterhin zu hohen Infektionswellen / Krankenständen kommen unter diesem Szenario*
3.2	**Schernhammer**	„Die Pandemie hält noch an, schwächt sich aber längerfristig ab.“ • *Längerfristig meint hier nicht im Herbst 2022, sondern im Herbst 2023, z.B.?*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		„Schwere Verläufe und damit auch eine Intensivbehandlung bleiben vorwiegend auf vulnerable Gruppen, ältere Personen und Personen mit unzureichender Immunisierung begrenzt.“ • *Wenn ältere Personen ausreichend immunisiert/geimpft sind, dann haben auch sie ein geringes Risiko für schwere Verläufe. Vielleicht kann man „vulnerable Gruppen, ältere Personen“ streichen und sich auf die unzureichende Immunisierung beschränken?* „Das allgemeine Muster ist eine jährliche saisonale Infektion mit „guten“ und „schlechten“ Jahren, wobei die „schlechten Jahre“ durch eine hohe Übertragbarkeit und einen ähnlichen initialen Schweregrad wie Delta gekennzeichnet sein können.“ • *Das ist ein schlechtes Szenario, finde ich. Ich bin schon gespannt, was in Szenario 3 und 4 noch kommt…* „saisonale Infektionswelle im Herbst/Winter 2022/2023 mit einem mit den letzten Omikron-Wellen vergleichbaren Ausmaß und Schweregrad (GOV.UK 2022; Hasibeder 2022)“ • *Sehe keinen Unterschied zu Szenario 1.*
3.3	**Schernhammer**	„Die bestehende Immunität der Bevölkerung sowie aktualisierte Impfstoffe bieten weiterhin einen guten Schutz gegen die meisten schweren Verläufe, sodass die Belastung der Gesundheitssysteme vorwiegend vom Immunitätsstatus der Bevölkerung (genesen und/oder geimpft) abhängig ist. (GOV.UK 2022)“ • *Das widerspricht der unter „Virusvariantentwicklung“ projizierten verstärkter Immunevasion*
3.4	**Schernhammer**	„Neue Varianten entstehen, die nicht nur ähnlich infektiös sind wie Omikron, sondern auch noch virulenter als Delta“ • *Eine Erweiterung dieses Szenarios die hier fehlt wäre, dass sich die Vulnerabilität z.B. von älteren Personen bzw. jenen mit Vorerkrankungen, auf junge Gesunde Menschen hin verlagert, bzw. evtl. sogar Kinder (siehe Spanische Grippe)*

4 Impfstoffe und Impfung

4.1 Allgemeine Bestandaufnahme und Auswirkungen

Impfungen stellen die derzeit wichtigste und effektivste pharmazeutische Intervention der Pandemiebekämpfung dar. Seit Beginn der Pandemie liegt die Priorität auf der Entwicklung und Weiterentwicklung wirksamer, sicherer und schnell adaptierbarer COVID-19 Impfstoffe. Impfungen stellen eine wirksame und kosteneffektive Präventionsmaßnahme dar, die schwere Krankheitsverläufe verhindern und zur Entlastung des Gesundheitssystems beitragen. COVID-19-Impfstoffe sind seit Ende 2020 verfügbar.

Nach dem heutigen Stand des Wissens ist eine wiederholte Auffrischung des Impfschutzes notwendig. Eine zumindest jährliche Impfung im Herbst vor den zu erwartenden saisonal bedingten Infektionswellen ist Szenarien-abhängig eine mögliche Maßnahme. Unter Berücksichtigung der durch die zirkulierenden Varianten verursachten Krankheitslast (vgl. Szenarien) sollte eine wiederholte Impfung für die gesamte Bevölkerung oder nur bestimmte, zu definierende Gruppen angeboten werden. Wesentlich für die zukünftige Bewertung von Impfstoffen und deren Anwendung insgesamt wird auch sein, inwieweit neue Entwicklungen einen breiteren (d. h. gegen sehr verschiedene Varianten) und länger anhaltenden Infektionsschutz zu vermitteln imstande sind.

Für die kommende zu erwartende saisonale Infektionswelle 2022/23 sind Beschaffungen von Impfstoffen sowie Zubehör bereits geplant und vorgenommen und zusätzliche Beschaffungen werden kurzfristig voraussichtlich nur in bedingtem Ausmaß möglich und notwendig sein. Längerfristig ist eine Sicherstellung der Beschaffung notwendiger Impfstoffe unumgänglich.

Die Beschaffung von COVID-19-Impfstoffen erfolgte bisher auf EU-Ebene im Rahmen einer europäischen Impfstoffstrategie, um eine Verteilungsgerechtigkeit innerhalb der EU sicherstellen zu können. Derzeit wird dieser Beschaffungsmechanismus durch die Europäische Kommission evaluiert und zukünftige Beschaffungen werden unter Umständen in einem anderen Rahmen[1] stattfinden. Bei den zu erwartenden Verlängerungen der Haltbarkeitsdauer seitens der EMA bezüglich einzelner Impfstoffe wird eine Anpassung der Kalkulation der verfügbaren Impfstoffe vorgenommen werden.

Die Impfstoffeffektivität und somit der Impfschutz unterliegen unter realen Bedingungen vielfältigen Faktoren, unter anderem auch individuellen Faktoren. Kontinuierlich wird neues Wissen zur COVID-19 Impfung gesammelt und Fachempfehlungen werden durch das Nationale Impfgremium angepasst und aktualisiert. Dies ermöglicht an die epidemiologische Lage angepasste Impfempfehlungen.

Eine breite Palette an Impfstoffen unterschiedlicher Typen steht zur Verfügung. Für eine situationsgerechte Bedarfsermittlung muss entschieden werden, welche Impfstoffe in welchen Mengen benötigt werden. Der

[1] Verordnung (EU) 2020/521 des Rates vom 14. April 2020 zur Aktivierung der Soforthilfe gemäß der Verordnung (EU) 2016/369 und zur Änderung von deren Bestimmungen unter Berücksichtigung des COVID-19-Ausbruchs, ABl 2020 L 117/3

mögliche Immunitätsverlust und dementsprechend die Anzahl der Impfdosen müssen dabei berücksichtigt werden. Entsprechend dem aktuellen Variantenvorkommen müssen ebenfalls Variantenimpfstoffe in Betracht gezogen werden. Die Verfügbarkeit von Variantenimpfstoffen (d. h. ein an eine oder mehrere Virusvarianten – z. B. Omikron – angepasster Impfstoff) ist ab Herbst 2022 absehbar, sofern die jeweiligen Impfstoffe rechtzeitig eine Zulassung erhalten. Eine Empfehlung ihres Einsatzes hängt von der Entwicklung des pandemischen Geschehens ab.

Darüber hinaus muss die jeweils aktuelle Akzeptanz unterschiedlicher Impfstoffhersteller und -technologien in der Bevölkerung berücksichtigt werden.

Die Lagerung und der Transport von Impfstoffen kann – abhängig vom jeweiligen Impfstoff – besonderen Anforderungen unterliegen (z. B. tiefgekühlte Lagerung einiger mRNA-Impfstoffe bei -70°C). Dies muss bei der Logistik berücksichtigt werden. Angesichts der wachsenden Impfstoff-Palette wird die Logistik komplexer.

Für die Durchführung großflächiger Impfungen wurde in den Bundesländern ergänzende Infrastruktur etabliert (z. B. Impfstraßen). Es ist langfristig nicht kosteneffizient und nicht zwingend notwendig, diese Strukturen durchgehend im bisherigen Ausmaß aufrecht zu erhalten. Bis dato hat sich in der Umsetzung des Impfprogramms jedoch gezeigt, dass zusätzliche Impfstraßen zu Spitzenzeiten unabdingbar sind, weshalb es notwendig ist, hier eine entsprechende Vorhaltung vorzunehmen, um kurzfristig Impfkapazitäten erweitern zu können. Langfristig wäre eine Verlagerung in den niedergelassenen Bereich und nachgeordnete Gesundheitsstrukturen wünschenswert, sofern dies kapazitätsmäßig und Varianten-abhängig möglich ist.

Eine frühzeitige, adressatengerechte, bidirektionale Kommunikation und Aufklärung ist wichtig, um die Bedeutung und Wirksamkeit der Impfung zu kommunizieren und Bedenken/Schwierigkeiten wahrzunehmen und in der Folge eine tragfähige Akzeptanz für die COVID-19-Impfprogramme zu schaffen.

Datenerhebung und -verschneidung sind essentiell, um zielgerichtete Auswertungen, Analysen und Prognosen bzgl. der Impfungen durchführen zu können. Sie sind die Grundlage für Steuerungsentscheidungen im Rahmen einer Public-Health-Strategie. Insbesondere Daten zu schweren Verläufen, Hospitalisierungen und Todesfällen sind hier zur Evaluierung der Impfeffektivität und zur Ableitung von Empfehlungen unerlässlich. Durch das Monitoring der Immunitätslage in der Bevölkerung soll eine hochqualitative Datengrundlage verfügbar sein, aus der nicht nur die Berechnung der Impfeffektivität gegen Infektionen, sondern auch die Evaluierung der Effektivität in Hinblick auf schwere Verläufe, Hospitalisierungen und Tod möglich ist. Da inzwischen ein erheblicher Anteil der Bevölkerung eine SARS-CoV-2 Infektion durchgemacht hat, ist auch an eine sero-epidemiologische Untersuchung in Kombination mit Impfdaten zu denken, da es hinsichtlich Infektion eine erhebliche Dunkelziffer gibt und Hybridimmunisierte (d. h. solche die geimpft und infiziert worden waren) aus dem EMS nicht in toto ermittelt werden können.

Verfügbarkeit von Impfstoffen gegen COVID-19 (und mögliche Varianten) und Impfbesteck sicherstellen

Risikoportfolio für verschiedene Varianten abhängige Impfstoff-Effektivitätsszenarien sicherstellen

Vorbereitung der Infrastruktur des Gesundheitswesens auf die Durchführung von breit angelegten Impfkampagnen (Verträge mit Impfärztinnen und Impfärzten, gesetzliche Kostentragungsregelungen, Vernetzung der Arztpraxen, Optimierung des Anmeldesystems)

Niederschwellige Impfangebote gegen COVID-19, deren Umfang insbesondere zu Spitzenzeiten für einen breiten Zugang zu (Auffrischungs-)Impfungen skalierbar sein sollte. Dies umfasst insbesondere auch Angebote für Nicht-Versicherte sowie Personen, die nicht in hausärztlicher Betreuung stehen bzw. nicht im niedergelassenen Bereich angebunden sind, sowie ausreichend mobile Impfangebote für Pflegebedürftige.

Die Impfungen sollten, abhängig von der Verfügbarkeit angepasster/variantenspezifischer Impfstoffe, weitgehend vor der Dynamisierung des Infektionsgeschehens, welche in den vergangenen beiden Jahren Mitte Oktober einsetzte, abgeschlossen sein, bzw. so angelegt werden, dass vulnerable Personen in Zeiten der höchsten Infektionsgefahr bestmöglich geschützt sind.

Standardisiertes Reporting und Aufbau eines Datengerüsts zum effektiven Monitoring der Immunitätslage in der Bevölkerung

Erarbeitung bzw. Ausbau der Public-Health-Strategie für die optimale Erreichbarkeit von vulnerablen Gruppen und zur Implementierung einer bidirektionalen Kommunikation für einen kontinuierlichen Dialog und Informationsaustausch bezüglich der Impfstrategie

4.2 Allgemeine Szenarien-unabhängige Maßnahmen

4.2.1 Impfstoffportfolio und Logistik

Derzeit kann nicht zuverlässig vorhergesagt werden, wie sich die Wirksamkeit der verfügbaren Impfstoffe weiterentwickeln wird. Daher ist es notwendig hinsichtlich Anzahl und Portfolio der zu beschaffenden und der bereits beschafften Impfstoffe, eine Absicherung für verschiedene Szenarien vorzunehmen. Die Entscheidung über den Einkauf der Impfstoffe muss in der Regel auf der Basis einer nur vorläufigen Datengrundlage hinsichtlich Wirksamkeit und ohne Kenntnis der tatsächlichen epidemiologischen Situation zu dem Zeitpunkt, zu dem die Impfstoffe letztendlich zum Einsatz kommen, erfolgen, um eine ausreichende Versorgung sicherstellen zu können. So ist in der aktuellen Situation in Bezug auf Herbst 2022 ein breites Impfstoffportfolio, welches verschiedene Impfstofftypen sowie auch Variantenimpfstoffe beinhaltet, anzustreben. Aussagen über die Effektivität im gegebenen epidemiologischen Kontext sind erst bei Kenntnis der Real-World Evidence möglich.

In Zukunft wird ein staatliches Angebot aller zugelassenen Impfstoffe aber möglicherweise nicht mehr notwendig sein. Bei zentralen Beschaffungen erscheint es sinnvoll, jene Impfstoffe zu favorisieren, welche sich hinsichtlich Wirksamkeit, Anpassungsfähigkeit und Akzeptanz als bestmögliche Optionen herauskristallisiert haben. Eine sukzessive Verschmälerung des angebotenen Impfstoffportfolios würde auch die logistischen Herausforderungen in der Verabreichung verringern. Nichtsdestotrotz sollten verschiedene Impfstofftypen angeboten werden, um der Bevölkerung unter Berücksichtigung der medizinischen Empfehlungen eine individuelle Auswahl zu ermöglichen und um nicht zu stark von etwaigen Produktionsproblemen/Verfügbarkeitskapazitäten einzelner Zulassungsinhaber abhängig zu sein. Zusätzliche, andere Impfstoffe am freien Markt könnten eine Ergänzung zu staatlichen Angeboten darstellen.

Durch die Praxis erlangte Erkenntnisse hinsichtlich der österreichischen Bedürfnisse in Bezug auf das Impfstoffportfolio sollten seitens des Bundes auch aktiv an die Hersteller kommuniziert werden, um eine bestmögliche zukünftige Versorgung zu gewährleisten.

Die Anzahl der benötigten Impfstoffe ist aufgrund der eingangs beschriebenen Unsicherheiten im Hinblick auf den Fortgang der Pandemie für die Saison 2022/23 noch nicht letztgültig festlegbar. Insofern gilt es kurzfristig in der Beschaffung von den pessimistischeren Szenarien auszugehen. Ab einem Zeitpunkt, zu dem

zuverlässige, längerfristige Prognosen möglich sind, sollen die Bedarfsplanung sowie auch die Impf-Infrastruktur naturgemäß dementsprechend angepasst werden.

Solange die Möglichkeit besteht, dass eine Vielzahl an Impfungen in kurzer Zeit durchgeführt werden muss, ist sicherzustellen, dass ausreichende Kapazitäten und eine entsprechende Infrastruktur gegeben sind. Dies könnte über Vorhaltestrukturen in den Bundesländern erfolgen, welche im Bedarfsfall schnell skalierbar sind. Die Impfstoff-Verteilungslogistik muss organisiert und im Stand-By-Modus gehalten werden. Hierfür müssen entsprechende Verträge vorbereitet werden und auch eine ausreichende Finanzierung sichergestellt werden. Ebenfalls ist die entsprechende Auswahl und Ausbildung der mit Impfungen betrauten Ärzt:innen und sonstiger Gesundheitsberufe zu forcieren. Klar ist, dass der Aufbau der Impfstofflogistik maßgeblich vom Bedarf abhängt. Prinzipiell gilt es, Synergieeffekte aus bestehenden Strukturen zu nutzen und eine optimale und rasche Anpassung an die jeweiligen Erfordernisse zu ermöglichen. Die mit der Durchführung von Impfungen betrauten Stellen sollen eine digitale Aufrüstung erfahren und untereinander vernetzt werden.

Die Logistik wird definiert durch die geforderte Impfleistung. Dementsprechend sind Richtlinien zu erarbeiten, welche Impfleistung in den Szenarien angestrebt wird.

4.2.2 Kommunikation und Impfakzeptanz

Zur Erhöhung der im pandemischen Geschehen erforderlichen Durchimpfungsrate muss die Impfbereitschaft durch Aufklärung gesteigert werden und eine transparente, bidirektionale Kommunikation soll das Vertrauen in die Impfung und die Impfempfehlungen stärken. Hierfür soll eine breite Aufklärung auf unterschiedlichen Ebenen und durch verschiedene Stellen geschehen, so beispielsweise durch Ärzt:innen und Gesundheitspersonal, durch systematische Impfaufklärung und elektronische Erinnerung. Ein niederschwelliges Impfangebot beispielsweise an Impfstraßen, im niedergelassenen Bereich, am Arbeitsplatz und an Schulen sowie zielorientierte Anreize sollen die Impfbereitschaft erhöhen. Wissenschaftliche Studien zur Steigerung der Impfakzeptanz sollen ausgewertet und in den Kommunikationsmaßnahmen berücksichtigt werden.

Es ist wichtig, einfache und klar verständliche Regelungen vorzugeben und sicherzustellen, die auch international kompatibel sind.

4.2.3 Monitoring und Daten

Um evidenzbasierte Impfempfehlungen aussprechen zu können, ist eine fundierte Datengrundlage unerlässlich. Die Erfassung der COVID-19-Impfungen im elektronischen Impfpass stellt einen ersten Schritt zu einem umfassenden, nationalen Datenmanagement dar. Diesbezüglich soll dessen Weiterentwicklung kontinuierlich vorangetrieben und die elektronische Erfassung auf alle empfohlenen Impfungen ausgeweitet werden.

Zur Durchführung von Impfeffektivitätsanalysen ist auch eine strukturierte und automatisierte Erfassung der mit COVID-19 hospitalisierten Personen notwendig, sowie eine Verschneidung von Infektions-, Hospitalisierungs- und Sterberegistern mit den Daten aus dem elektronischen Impfpass. Das Hospitalisierungsregister soll auch auf andere Erkrankungen, welche eine Überlastung des Gesundheitssystems auslösen können, ausgeweitet werden können, auch vorausschauend im Hinblick auf eine

mögliche pandemische Influenza. Dadurch kann eine hochqualitative nationale Datengrundlage sichergestellt werden, um eine Evidenzbasis für die bestmögliche Vorgehensweise hinsichtlich COVID-19-Impfungen in Österreich zu schaffen. Ziel ist es, so auch die Immunitätslage in der Bevölkerung über epidemiologische Daten zu beobachten und adäquat und rasch auf etwaige sinkende Wirksamkeiten reagieren zu können. Detaillierte Analysen der Impfeffektivität sollen zukünftig systematisch und in standardisierter Form erfolgen.

Darüber hinaus ist die Weiterentwicklung des Meldesystems von Impfnebenwirkungen äußerst relevant. Künftig sollte es allen Bürger:innen möglich sein, auf einfachere Weise über Impfnebenwirkungen berichten zu können, eventuell durch die Etablierung einer App, welche freiwillig genutzt werden kann. Diese Maßnahmen sollen zu einer verbesserten Datengrundlage bezüglich Nebenwirkungen von Impfungen sowie auch zu mehr Transparenz beitragen.

4.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen

Szenario 1

Es erfolgt ein Übergang vom Krisenmodus in reguläre Strukturen. Dies beinhaltet eine Neuorganisation der Finanzierung sowie die Eingliederung der Aktivitäten zur Beschaffung und Logistik in den Regelbetrieb. Der Fokus liegt hier auf oben genannten, Szenarien-unabhängigen Maßnahmen, insbesondere der Ressourcenbereitstellung.

Die Impfinfrastruktur wird im Mindestzustand aufrechterhalten und eine Sicherstellung einer raschen Skalierbarkeit ist gewährleistet. Hierbei sollen Synergieeffekte mit Strukturen zur Verabreichung anderer Impfungen genutzt werden (z. B. Influenza, FSME).

Kommunikationsmaßnahmen zielen vor allem auf besonders Betroffene wie Risikogruppen, Personal im Gesundheitswesen, Bewohner:innen von Alten- und Pflegeheimen sowie Lehr- und Betreuungspersonal und Schwangere ab.

Szenario 2

Auch in diesem Szenario erfolgt ein Übergang vom Krisenmodus in den Regelbetrieb (siehe Szenario 1). Die Kommunikationsmaßnahmen erfolgen zielgerichtet auf Stakeholder-Gruppen, um etwaiger Impfmüdigkeit vorzubeugen beziehungsweise diese auszuräumen. Ergänzend zu den in Szenario 1 erwähnten Gruppen sollen hier auch Betriebe und Schulen aktiv in die Kommunikationsstrategien und Maßnahmen zur Steigerung der Durchimpfungsraten eingebunden werden. Dies soll unter anderem einen möglichst niederschwelligen Zugang zu den Impfungen ermöglichen.

Ab Szenario 2 beziehungsweise im Übergang zu Szenario 3 soll ein Impfstoff-Risikoportfolio für definierte Risikogruppen seitens des Bundes beschafft und bereitgehalten werden, um eine entsprechende Anzahl an Impfstoff-Dosen gewährleisten zu können.

Szenario 3

Es erfolgt eine zentrale Beschaffung der Impfstoffe, unter Berücksichtigung eines robusten Risikoportfolios, durch den Bund, um eine entsprechende Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Ab diesem Szenario wird der vermehrte Einsatz gesetzlicher Maßnahmen im Zusammenhang mit Impfungen (z. B. G-Settings, etc.) notwendig. Es kann auch eine Regelung hinsichtlich definierter Berufsgruppen angedacht werden (vergleiche Stellungnahmen zu dem Thema der Bioethikkommission (BKA 2022).

In der Kommunikation muss auf breite und vielschichtige Impfkampagnen gesetzt werden, um möglichst viele Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Auch in diesem Bereich müssen entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen gegeben sein, um beispielsweise organisatorische Maßnahmen wie Erinnerungsschreiben unkompliziert und rasch zu ermöglichen.

Es soll eine übergreifende Steuerung der Organisation der Impfinfrastruktur etabliert werden. Beispielweise soll es einheitliche Anmeldeplattformen, sowie ein strukturiertes Termin- und Erinnerungsmanagement geben.

In der Logistik müssen ab diesem Szenario Redundanzen in Kauf genommen werden, um die Ausfallssicherheit erhöhen zu können.

Ab Szenario 3 beziehungsweise im Übergang zu Szenario 4 soll ein Impfstoff-Risikoportfolio für die gesamte Bevölkerung in Österreich seitens des Bundes beschafft und bereitgehalten werden, um eine entsprechende Anzahl an Impfstoff-Dosen gewährleisten zu können. Dies ist insbesondere relevant, wenn eine Immunevasion durch neu auftretende Virusvarianten eintritt.

Szenario 4

Es erfolgt eine zentrale Beschaffung der Impfstoffe, unter Berücksichtigung eines robusten Risikoportfolios, durch den Bund, um eine entsprechende Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Die Spitzenkapazitäten der Impf-Infrastruktur müssen sichergestellt sein und sollen ausgenutzt werden (ca. 100 000 Impfungen pro Tag bzw. 2,5 Millionen Impfungen pro Monat). Dazu können auch gesetzliche Anpassungen wie in etwa die Erleichterung des logistischen Umgangs mit den Impfstoffen oder vereinfachte Einverständniserklärungen notwendig sein.

Es kommt zu einem vermehrten Einsatz gesetzlicher Maßnahmen im Zusammenhang mit Impfungen (z. B. G-Settings, etc.).

In der Kommunikation muss auf breite und vielschichtige Impfkampagnen gesetzt werden, um möglichst viele Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Auch in diesem Bereich müssen entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen gegeben sein, um beispielsweise organisatorische Maßnahmen wie Erinnerungsschreiben unkompliziert und rasch zu ermöglichen

In der Logistik müssen Redundanzen in Kauf genommen werden, um die Ausfallssicherheit erhöhen zu können. Es soll eine zentrale Steuerung der Organisation der Impfinfrastruktur etabliert werden. Beispielweise soll es einheitliche Anmeldeplattformen, sowie ein strukturiertes Termin- und Erinnerungsmanagement geben.

Verhaltensökonomische Ansätze (z. B. „Nudging“) sollten bei den Impfangeboten berücksichtigt werden; sofern möglich sollten strukturiert Impftermine angeboten werden, was den Zugang zum Impfangebot erleichtert.

Kommentierungen zu Kapitel 4 Impfstoffe und Impfung

Ad.	Kommentator	Anmerkung
4.1	**Burgenland**	*Wichtig wäre, dass bei der vorhandenen Kapazitätsberechnung der Impfstoffe mitbedacht wird, dass (neue) Virusvarianten die derzeitigen Impfstoffkapazitäten aufgrund von Unwirksamkeit zunichtemachen könnten. Daher wird zu hinterfragen sein, ob ein Abgehen der europäischen Impfstoffbeschaffung vor dem Herbst bzw. in absehbarer Zeit ratsam ist. Für eine situationsgerechte Bedarfsermittlung der einzelnen Impfstoffe wäre eine Bundesländerabfrage der In Anspruch genommenen einzelnen Impfstoffe ratsam. Beispielsweise der Impfstoff Johnson & Johnson wurde im Burgenland kaum von der Bevölkerung genützt, daher sollte man die Bestellungen nach dem Bedarf und der Nachfrage adaptieren, um nicht unnötig verschiedene Impfstoffe einzulagern, für die aber keine Abnehmer und auch keine Akzeptanz vorhanden sind. Die Verlagerung der Infrastruktur (abseits der Spitzen-Impfzeiten vor den zu erwartenden Infektionswellen) in den niedergelassenen Bereich ist jedenfalls zu begrüßen. Das Vormerk- und Buchungssystem für Impftermine im Land wird jedenfalls aufrechterhalten, allerdings weitgehend als Selfcare-Tool für die Bevölkerung zur Verfügung gestellt.*
4.2	**Burgenland**	*Eine zeitnahe Information der Bevölkerung über das weitere Vorgehen für den Herbst ist unerlässlich. Wie mit Sicherheit in allen Bundesländern ersichtlich, stellt sich nach so vielen Monaten der Pandemie eine enorme Impfmüdigkeit ein. Der Bevölkerung eine einheitliche und gesamtstattliche Perspektive zu geben (z.B., dass sofern sich die epidemiologische Lage nicht enorm verändert, eine jährliche Impfung für die Aufrechterhaltung der Immunität unerlässlich ist). Dies ist für einen erfolgreichen Impfdurchgang im Herbst wichtig. Um das Verständnis weiter zu steigern, wäre auch andenkbar, die immer aktuell geltenden Regelungen (bspw. die Gültigkeit des Grünen Passes, Einreise- und Ausreisebestimmungen) noch transparenter und ersichtlicher für die gesamte Bevölkerung darzustellen und diese regelmäßig zu aktualisieren. Da – aufgrund der immerzu ändernden Regelungen – ein andauernder Wandel der Maßnahmen unerlässlich ist, muss allerdings auch eine aktuelle Information an die Bevölkerung ergehen, da es sonst zu Verwirrungen und Frustration kommt.*
4	**Vorarlberg**	*Es wird zumindest einmal jährlich (S. 9) für einen großen Teil der Bevölkerung entweder freiwillig oder verpflichtend eine Impfung durchgeführt werden müssen. Es wird ausdrücklich die Meinung geteilt, dass Impfstraßen unabdingbar sind – dies allerdings nicht nur in Spitzenzeiten der Pandemie. Die Durchführung flächendeckender Impfungen durch den niedergelassenen Bereich ist kapazitätsmäßig nicht möglich – das zeigen die Erfahrungen des Herbstes 2021. Für die Durchführung von Impfungen (nicht nur in Impfstraßen) sollte die zentrale Beschaffung der Impfstoffe jedenfalls beibehalten werden – und zwar unabhängig*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		davon, welches Szenario eintritt (anders aber die Aussagen auf S. 15 bezüglich Szenario 1 und 2). In diesem Zusammenhang wird auf die aktuellen Bemühungen des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung einer zentralen Beschaffung von Influenza-Impfstoffen hingewiesen. *Weiters wird die Aussage, dass die Etablierung einer bundesweiten Datenerhebung und Datenverschneidung zur Feststellung der Impfeffektivität unerlässlich ist (S. 11 und 14f), ausdrücklich unterstützt. Allfällige dagegenstehende datenschutzrechtliche Regelungen sind anzupassen. Ebenso wichtig ist die (österreichweit) übergreifende Steuerung und Organisation der Impfinfrastruktur (einheitliche Anmeldeplattformen, strukturiertes Termin- und Erinnerungsmanagement) – und zwar unabhängig davon, welches Szenario eintritt (anders aber S. 16, wo dies nur bei Szenario 3 und 4 vorgesehen ist). Vereinfachte Einverständniserklärungen für die Durchführung von Impfungen sind außerdem nicht nur bei Szenario 4 vorzusehen (S. 16 unten). Als „Vorbereitung der Infrastruktur des Gesundheitswesens für die Durchführung von breit angelegten Impfkampagnen" (S. 11) sollte nicht nur an „gesetzliche Kostentragungsregelungen" gedacht werden, sondern – im Interesse der Volksgesundheit – auch an gesetzliche Pflichten der Ärzteschaft, an solchen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes mitwirken zu müssen. Weiters sind die Regelungen, wonach auch bestimmte nichtärztliche Gesundheitsberufe berechtigt sind, Impfungen durchzuführen, dauerhaft zu verlängern; gleichzeitig soll die entsprechende Ausbildung dazu forciert werden (S. 13). Ein Einsatz nichtärztlicher Gesundheitsberufe bei der Durchführung von Impfungen sollte flächendeckend erfolgen.* *Die Aussage, dass eine breite Palette an Impfstoffen unterschiedlicher Typen zur Verfügung steht, suggeriert, dass bereits Variantenimpfstoffe zur Verfügung stehen, was jedoch nicht der Fall ist. Auch ist die Aussage, dass Variantenimpfstoffe ab Herbst 2022 zur Verfügung stehen, nicht realistisch bzw. führt dazu, dass Menschen die Impfung in der Hoffnung auf „bessere" Impfstoffe hinausschieben. Die Entwicklung eines Variantenimpfstoffes nimmt Monate in Anspruch und es ist zu befürchten, dass er erst dann Marktreife erlangt, wenn die durch den Impfstoff „abgedeckte" Variante möglicherweise wieder durch eine andere Variante ersetzt ist. So werden Variantenimpfstoffe gegen Omikron im Herbst vermutlich nicht mehr dem Variantenszenario entsprechen.* • *Es sollte im Dokument klar dargelegt werden, wie das weitere Vorgehen bezüglich Impfpflicht geplant ist.* • *Die Möglichkeit der Meldung von Impfnebenwirkungen ist jetzt schon über die Homepage des BASG möglich. Eine noch niederschwelligere Möglichkeit für den Bürger Impfnebenwirkungen einzutragen ist nicht sinnvoll und führt zur*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		massenhaften Meldung von normalen Impfreaktionen (Fieber, Schmerzen an der Einstichstelle …).
4	Oberösterreich	• *Die Sichtweise der Experten wird geteilt, wonach die Aufrechterhaltung von Impfstraßen (langfristig) nicht kosteneffizient und deshalb nicht (zwingend) notwendig ist. Gleichzeitig verweist man aber auf die Notwendigkeit zu Spitzenzeiten und die entsprechende Vorhaltung zur kurzfristigen Kapazitätserweiterung, welche wiederum äußerst kostspielig ist. Je kurzfristiger eine Kapazitätserweiterung notwendig ist, desto mehr an Vorhaltung bedarf es in diesem Zusammenhang, sodass jedenfalls eine klare Aussage im Variantenmanagementplan zu diesem Punkt notwendig ist. Hinsichtlich der festgehaltenen erforderlichen (Maximal-)kapazität sollten Klarstellungen seitens des Bundes vorgenommen werden in welchem Ausmaß diese durch die Vertragspartner der Sozialversicherung sichergestellt werden, bzw. welche ergänzenden Kapazitäten seitens der Länder vorgehalten werden sollen.* • *Die Aussagen zur Impfstofflogistik sind aus unserer Sicht unterschiedlich interpretierbar, weshalb um eine Klarstellung ersucht wird, wonach auch im Herbst szenarienunabhängig der Bund für die Impfstoffzurverfügungstellung sowie -logistik zuständig ist.* • *Hinsichtlich der angeführten Kommunikations- und Aufklärungsmaßnahmen gehen wir davon aus, dass diese grundsätzlich zentral über den Bund gesteuert und durch Landesprogramme ergänzt werden.* • *Es wird davon ausgegangen, dass die im Plan vorgeschlagenen technischen Weiterentwicklungen (zielorientierte Erinnerung, einheitliche Anmeldeplattform, strukturiertes Termin- und Erinnerungsmanagement, Weiterentwicklung des Meldesystems von Impfnebenwirkungen, ...) seitens des Bundes zur Verfügung gestellt werden, da den Ländern die notwendigen Daten nicht zur Verfügung stehen bzw. die rechtlichen Rahmenbedingungen auf Bundesebene geschaffen werden müssen. Datenerhebung und -verschneidung wird als wesentliche Grundlage für Steuerungsentscheidung angesehen. Diese Ansicht wird jedenfalls geteilt, allerdings sehen wir uns durch datenschutzrechtliche Unklarheiten- bzw. Unmöglichkeiten derzeit oftmals daran gehindert. Es müssen hier daher umgehend die entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen auf Bundesebene geschaffen werden.* • *Es wird nicht auf die Impfpflicht Bezug genommen, obwohl es - soll mit der Impfpflicht eine hohe Impfrate für den Herbst erreicht werden - notwendigerweise bereits jetzt entsprechende Festlegungen und Zeitrahmen braucht. Dies auch im Hinblick auf die für die Umsetzung der Impfpflicht*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		(Impfpflichtbefreiungen, Strafverfahren, ...) erforderlichen Ressourcen, die selbst mit langer Vorlaufzeit nur schwer realisierbar wären.
4	**Wien**	• *Die derzeit geltende Rechtslage normiert eine Impfpflicht für alle Bürger*innen ab 18 Jahren. Auf diese Impfplicht wird keinerlei Bezug genommen. Mehrere der getroffenen Empfehlungen zu den Impfungen stehen in Widerspruch zu den Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums (Version 10.0). Dieses Spannungsfeld wird nicht aufgelöst. Trotz der demnächst erwarteten Zulassung einer Impfung für Kinder unter 5 Jahren, wird eine Umsetzung eines diesbezüglichen Impfprogramms nicht thematisiert. Die szenarienabhängigen Maßnahmen scheinen einen mehrjährigen Betrachtungshorizont und nicht die Vorbereitung des Herbstes 2022 zum Inhalt zu haben. Es wird insinuiert, dass es möglich sei abzuwarten, welches Szenario eintritt und im Anschluss die Logistik, die Impfempfehlungen etc. anzupassen. Dabei wird der Vorlauf für Beschaffung, Infrastrukturbereitstellung und Durchlaufzeit der Impfserien übersehen.* • *Aufgrund der Kosteneffizienz wird empfohlen, dass das Impfen in den niedergelassenen Bereich verlagert wird. Andererseits wird stets darauf hingewiesen, dass das Impfangebot niedrigschwellig und schnell skalierbar sein soll – bereits ab Szenario 1. Daher bleibt es unabdingbar, den Betrieb von Impfstraßen beizubehalten.* • *Mit Hinblick auf den Herbst 2022 muss klar sein, dass die Umsetzung des Szenarios 4 jederzeit möglich sein muss. Dies muss unabhängig vom tatsächlich eintretenden Szenario vorbereitet werden, da ein kurzfristiges Skalieren im Falle einer schlechteren Entwicklung nicht möglich sein wird. Die (freiwillige) Meldung von Impfnebenwirkungen durch Patient*innen ist bereits jetzt über das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) möglich. Die vorgeschlagene App für die Einmeldung von Impfnebenwirkungen birgt große Risiken, dass sie von Impfgegner*innen missbräuchlich verwendet wird, wie eine Studie, von der sich die Berliner Charité kürzlich distanzieren musste, zeigt.* • *Es ist aus dem Kapitel nicht ableitbar, welche Gebietskörperschaften und Rechtsträger welche Maßnahmen bis wann zu setzen haben.*
4	**WKO**	*Die Zahl der Personen mit aufrechten Impfzertifikaten liegt derzeit bei 67,35% der Gesamtbevölkerung sowie 70,74% der impfbaren Bevölkerung (Stand 12.5.2022). Da es im Moment nur eine eingeschränkte Impfempfehlung für Personen über 80 Jahren und schwerwiegend immungeschwächte bzw. stark immunsupprimierte Personen zur 4. Impfung gibt, wird die Impfquote über den Sommer stark sinken. Bereits in den letzten Wochen und Monaten hat die Zahl der Impfungen stark nachgelassen. Da die Gültigkeit des Nachweises der 3. Impfung in der 2. COVID-19*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		BasismaßnahmenVO auf 365 Tage verlängert wurde, gibt es weder ein medizinisches noch ein rechtliches Erfordernis sich impfen zu lassen. Gleichzeitig gibt es aber inzwischen mehrere COVID-19-Schutzimpfungen, die auf unterschiedlichen Wirkmechanismen basieren. Weiters ist in den kommenden Monaten mit der Zulassung sog. Variantenimpfstoffe zu rechnen, die auch einen erhöhten Schutz vor der Omikron-Variante bieten sollen. Die Impfstoffe wurden bzw. werden bisher zentral durch den Bund im Rahmen einer EU-weiten Beschaffung organisiert. Ausgangsbasis sollte daher die Frage sein, ob für den Herbst 2022 ausreichend Impfstoffe – für alle Szenarien – vorhanden sind und diese, ev. In kürzester Zeit, an die breite Bevölkerung verimpft werden können. Neben den erforderlichen Impfstoffen und passendem Zubehör (Spritzen, Nadeln, etc) sind sowohl personelle als auch organisatorische Voraussetzungen zu schaffen. Damit insbesondere die personellen Ressourcen auch kurzfristig hochgefahren werden können, muss bereits im Sommer entsprechenden Vorsorge getroffen werden. Begleitet müssen die Maßnahmen von einer zielgerichteten Informations- und Aufklärungskampagne werden. Jene Personen, die sich bereits dreimal impfen ließen, aber ev. Dennoch an COVID erkrankt sind, müssen ggf. neuerlich überzeugt werden. Selbstverständlich muss es auch weiterhin das Ziel sein, möglichst viele Personen zu einer Schutzimpfung (Erstimpfung) zu bewegen. Gerade nach der Omikron-Welle könnte es allerdings schwer sein, die Impfquote zu erhöhen. Daher müssen rechtzeitig Studien zur Steigerung der Impfquote durchgeführt und die Beweggründe eruiert werden, damit zielgerichtete Informationen und Kampagnen vorbereitet werden können. Ergänzende Maßnahmen wie Erinnerungstermine sind dabei ebenfalls zu berücksichtigen. ***Betriebliches Impfen*** • *Die vorangegangenen Impfaktionen haben gezeigt, dass die Betriebe einen wertvollen Beitrag zur Erhöhung der Impfquote leisten können. Dies ist in unterschiedlicher Form wie etwa durch Impfungen der Mitarbeiter:innen direkt in den Betrieben, Terminvereinbarungen mit öffentlichen Impfstraßen oder durch verstärkte Kommunikation erfolgt. Diesbezüglich müssen aber auch wieder die Möglichkeiten für eine Kostenerstattung in den betroffenen Bundesländern etabliert und budgetiert werden.* • *Szenario 1: Klarstellung, ob es eine allgemeine Impfempfehlung für die gesamte Bevölkerung (ähnlich wie bei der Influenza-Impfung) geben wird. Darauf aufbauend sind die erforderlichen logistischen Vorbereitungen zu treffen. Sollte es eine allgemeine Impfempfehlung geben, sollten die Betriebsärzte jedenfalls zur Impfung in Betrieben berechtigt sein.* • *Szenario 2: Für den Fall, dass die Pandemie noch anhält, ist in der Impfstrategie jedenfalls betriebliches Impfen zu berücksichtigen. Neben der Impfung in den*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		Betrieben könnte auch die Terminvereinbarung über die Betriebe organisiert werden und ein starker Fokus auf die Kommunikation der unterschiedlichen Dialoggruppen gelegt werden. • *Szenario 3 und 4: Betriebliches Impfen (inkl. Terminvereinbarungen mit öffentlichen Impfstraßen) ist erforderlich. Gleichzeitig sollte es ein Informationsangebot für Betriebe (zB über Ärzte) geben, damit Aufklärungsangebote unmittelbar vor Ort zB im Rahmen von Informationsveranstaltungen, Aufklärungsvideos, angeboten werden können.*
4	**Tirol**	• *Zumindest jährliche Impfung – so wie es derzeit aussieht, muss die Bevölkerungsgruppe Ü80 und Ü65 –Chroniker/Immunsupprimierte alle 6 Monate geboostert werden, sollte offen kommuniziert werden* • *Jährliche Impfungen mit Abschluss der Aktionen im Oktober widerspricht der aktuellen Impfempfehlung, die eine generelle gleichbleibend hohe Immunität der vulnerablen Personen anstrebt.* • *Eine Verlagerung ausschließlich in den niedergelassenen Bereich erscheint unrealistisch, insb., wenn man davon ausgeht, dass saisonale Impfungen innerhalb eines überschaubaren Zeitraumes stattfinden sollen.* • *Informationen zu wissenschaftlichen Studien zur Steigerung der Akzeptanz müssen zentral, z.B. GÖG ausgewertet und das Ergebnis entsprechend für die Länder aufbereitet werden.* • *Die Ausarbeitung und das Zurverfügungstellen einer App zu Impfnebenwirkungen ist überzogen und der Impfbereitschaft auch nicht zuträglich. Die derzeitige Möglichkeit einer Meldung über die BASG Website ist ausreichend – evtl. Infoveranstaltung für Gesundheitsberufe und transparentere Darstellung könnten sinnvoller sein* • *Was wird unter „zentraler Steuerung der Organisation der Impfinfrastruktur“ verstanden?* • *Ob es einen Variantenimpfstoff geben wird, ist noch nicht klar, es muss signalisiert werden, dass, solange kein Variantenimpfstoff mit geklärter Effektivität vorliegt, der herkömmliche Impfstoff für eine fällige Impfung zur Anwendung kommen soll. Das Zuwarten auf die Verfügbarkeit eines Variantenimpfstoffs ist kontraproduktiv.* • *Der Vorschlag, durch „ein niederschwelliges Impfangebot beispielsweise in Impfstraßen, im niedergelassenen Bereich, am Arbeitsplatz, an Schulen“ sowie durch „zielorientierte Anreize“ die Impfbereitschaft zu erhöhen“, ist aus*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		heutiger Sicht unrealistisch. All diese Angebote wurden gemacht, die nicht impfbereiten Personen konnten dadurch nicht erreicht werden.
4	**Kärnten**	• *Bei der Kommunikationsstrategie und der Versorgungsinfrastruktur (Stichwort durch COVID-Bekämpfungvernachlässigte Schulimpfungen im Routineimpfprogramm) sind alle allgemein empfohlenen Impfungen im Auge zu behalten, nicht nur COVID-19. Das starke Fokussieren auf COVID-Impfungen und die missglückte Kommunikation rund um die Impfpflicht haben Kollateralschäden im Sinne von nachlassenden Durchimpfungsraten z.B. bei MMR, Polio etc mit sich gebracht. Dadurch wird in der Pandemie der Grundstein für kommende Krankheitsausbrüche gelegt.*

5 Surveillance

5.1 Surveillance international

5.1.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen

Objectives of SARS-CoV-2 surveillance are to monitor SARS-CoV-2 infection incidence, morbidity and mortality, to track epidemiological changes, detect outbreaks of new SARS-CoV-2 variants and to continue monitoring trends of existing variants. Based on that, effects of control measures including isolation of cases, contact tracing and quarantine of contacts, can be guided and the impact of the pandemic on health care systems and society evaluated.

Most European EU/EEA countries have established comprehensive surveillance systems for COVID-19, reporting all positive cases regardless of indication for testing. Transition from emergency surveillance to more sustainable, objective-driven, surveillance systems is needed:

- Systems should allow for integrated respiratory virus surveillance. Current influenza surveillance systems are not sufficiently sensitive/ representative to enable joint COVID-19 surveillance.
- Countries should focus on reporting symptomatic cases, as this will improve comparability, for example through an ILI/ARI-surveillance and an SARI-surveillance. All SARI-cases should be tested for SARS-CoV-2, influenza and other respiratory viruses.
- For the genomic surveillance of SARS-CoV-2 a representative subset of SARS-CoV-2 positive specimens has to be sequenced.
- Monitoring of vaccine effectiveness is indispensable, possibly embedded in the pre-existent surveillance systems.
- Countries should continue COVID-19-mortality monitoring.
- Complementary wastewater surveillance is essential; it allows early detection of (re-)emergence of SARS-CoV-2 and its variants, and monitoring of trends over time.

5.2 Surveillance national

5.2.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen

Surveillance Systeme (SuSy) presently in place

The “National comprehensive, community, all case-based Surveillance System”.

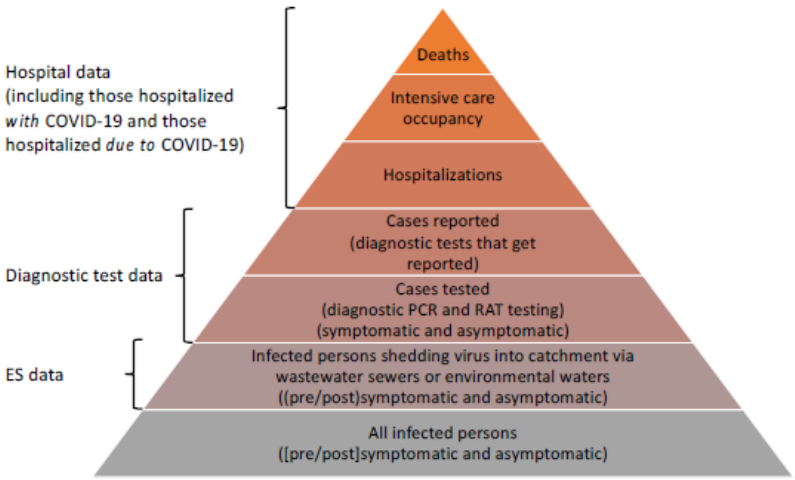
A web-based, epidemiological surveillance data recording system, “das Epidemiologische Meldesystem (EMS)”, established in 2009, supports the surveillance of the notifiable diseases in Austria. It is a joint database

of the district, provincial public health authorities, the Ministry of Health (MoH) and the AGES. It records laboratory reports of the notifiable disease, provided by the testing laboratories and case reports, provided by the diagnosing physicians. When SARS-CoV-2 infection became notifiable according to the Austrian epidemic law, the EMS was adapted to allow recording each PCR-confirmed case of SARS-CoV-2 infection, regardless of the clinical presentation of the SARS-CoV-2 infection, i. e. symptomatic and asymptomatic cases.

The "Wastewater-based genomic surveillance in Austria"

The wastewater surveillance of SARS-CoV-2 and its variants plays an important role within the surveillance of SARS-CoV-2. It is a complementary environmental surveillance of SARS-CoV-2, beside the case-based surveillance systems, as illustrated in figure 1.

Abbildung 1: Illustration of the role of SARS-CoV-2 wastewater surveillance as a source of data on COVID-19 and SARS-CoV-2 shedding in communities



Source: WHO (2022a)

Compared with case-based surveillance systems, the SARS-CoV-2 wastewater surveillance data cannot be linked with clinical data. Concluding the number of infections from the viral load in the wastewater can only be done with caution.

The wastewater-based genomic surveillance in Austria was established by the Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection. The Medical University of Innsbruck and the Research Center for Molecular Medicine (CeMM) were placed in charge for the implementation; 24 wastewater treatment plants are included with a population coverage of around 50%. Samples are collected twice a week. Testing includes PCR-based quantification, PCR-based variant screening and genomic sequencing. Results are registered in a central database hosted by the "Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH" (AGES). An internal dashboard and regular reports are used to inform the public health agencies and policy makers. Parts of the available information are published on a public dashboard (https://abwassermonitoring.at/).

The Ministry of Education, Science and Research is operating a complementing SARS-CoV-2 wastewater monitoring program, with which the population coverage increased to 70%. But the program will expire at the end of the academic year 2021/2022. Several federal states, including Carinthia, Tyrol, Vorarlberg and Vienna, have established regional SARS-CoV-2 wastewater monitoring programs.

Advantages as complementary surveillance system

- Wastewater surveillance of SARS-CoV-2 complements the surveillance based on person testing.
- The surveillance of viral shedding via testing of wastewater is independent from any test strategies applied on the population.
- Wastewater surveillance provides information on trends and changes in viral shedding on the community level.
- Wastewater surveillance acts as an early-warning system. Increases in viral load occur prior to a case increase
- Wastewater surveillance is a cost-effective approach.
- The findings from the continuously collected wastewater surveillance data are essential for risk communication to the general public.
- Wastewater surveillance provides information on the emergence and circulation of variants of concern (VOCs) and variants of interest (VOIs).
- Analyses of virus in wastewater by place/region helps targeting further surveillance and respond resources to affected regions.

Future Perspective

Perspective 1 – A comprehensive national SARS-CoV-2 wastewater monitoring network

An ambitious but still realistic goal would be the establishment of a monitoring network that covers 150 to 200 wastewater treatment plants or 70% to 80% of the population, respectively. Additionally, the sampling frequency has to be increased to 3-4 samples/ week.

Perspective 2 – Wastewater-based surveillance of respiratory pathogens

Wastewater-based surveillance is currently focusing on SARS-CoV-2 and its variants only. There is scientific evidence that the approach can target also other respiratory viruses. Therefore, efforts in research and development need to be intensified to develop an integrated system for the wastewater-based surveillance of SARS-CoV-2, influenza, and other respiratory pathogens.

Perspective 3 – Wastewater-based surveillance of chemical markers

Wastewater-based epidemiology is a powerful tool for providing spatially and timely resolved information on health status and lifestyle on the community level. Monitoring of chemicals provides insights into licit and illicit drug use. Efforts in research and development need to be intensified to develop an integrated system for the wastewater-based surveillance of pathogens and chemicals.

"Integrated sentinel respiratory surveillance of respiratory virus"

Since season 1999/2000 from October (calendar week 40) through April (week 16 of the following year) there has been an **integrated sentinel respiratory surveillance system for respiratory virus**, including influenza, in place

in Austria. On Feb. 24th, 2020, this surveillance system was extended by integrating SARS CoV-2, which was then monitored throughout the whole year.

At present this sentinel system includes about 200 sentinel physicians throughout Austria (family doctors, paediatricians, hospital out-door clinics and to a small extent, some paediatric wards (N=2)). The sentinel physicians, provided with swab sample kits, collect nasopharyngeal swabs from patients presenting with influenza like illness (ILI) as defined by the ECDC. The swabs are submitted to the NIC Austria located at the Center of Virology, Medical University Vienna for further analysis. For each sentinel patient data on age, gender, underlying health conditions (like diabetes, cardio-vascular diseases, chronic lung diseases, malignant diseases), adiposity, smoking habits, vaccination status (Influenza and SARS CoV-2), kind of vaccine, prior influenza immunisation, date of onset of symptoms and of specimen collection are collected. Weekly reports on the detected pathogens - influenza virus, SARS-CoV-2 Virus and RSV activity - are provided at www.influenza.at, https://www.virologie.meduniwien.ac.at/wissenschaft-forschung/virus-epidemiologie/sars-cov-2-ueberwachung/ and https://www.virologie.meduniwien.ac.at/wissenschaft-forschung/virus-epidemiologie/rsv-netzwerk-oersn/

"The sentinel syndrome-based surveillance of influenza"

A certain portion of influenza cases is annually confirmed through the "integrated sentinel respiratory surveillance system for respiratory virus". The influenza activity has additionally to be monitored syndrome-based, i.e. by reporting cases of surrogate diseases such as influenza-like illness (ILI) or acute respiratory infection (ARI).

In Austria, a sentinel ILI-surveillance system is in place using the case definition of the ECDC. The sentinel ILI surveillance comprised of about 40 GPs and 11 Ps from three surveillance regions – Vienna (MA15), Graz (Magistrat 7) and the greater Innsbruck. The original ILI reports filled in by the sentinel GP-sites and P-sites are sent to and summarized at the provincial public health authority Tyrol, by the MA15 Vienna and Magistrat 7 in Graz. The aggregated weekly regional ILI data total and by age-groups required for EU level are then reported to the National Reference Centre for Influenza Epidemiology at AGES, by which until end of the 2009/2010 season the national ILI incidence data were reported to the WHO-EuroFlu/ECDC-EISN; since 2010 the clinical surveillance data have been reported to ECDC. The ILI cases by the four age groups (0-4, 5-14, 15-64, 65+) and the numbers of reporting GPs and Ps are required for calculating the estimates of ILI incidence for the total population and by the four age groups. The data are reported by AGES to ECDC.

Limitations

At present, the number of ILI sentinel physician is not sufficient to generate reliable ILI incidence estimates

The number of sentinel physicians providing nose and/or throat swabs does not cover the whole Austrian population equally, therefore the number of sites for each federal county should be adopted according to the respective population under surveillance.

Future Perspectives

- To harmonize the two existing surveillance systems into one Integrated laboratory sentinel respiratory surveillance system that provides data on ILI and nose and/or throat swabs from a subset of patients with influenza-like illness (ILI) or acute respiratory infection (ARI).
- The catchment population of the sentinel physician-sites should represent at minimum 1% of the Austrian population.
- Ongoing surveillance throughout the year
- ILI and Integrated laboratory sentinel respiratory surveillance system is an essential tool to monitor the timing and severity of epidemics caused by respiratory viruses. Therefore, in all four scenarios the extended sentinel clinical (ILI) and the Integrated sentinel respiratory virus surveillance system has to be in place.

Advantages

- Detection of the start and end of influenza season; in monitoring antigenic and genetic characteristics of respiratory viruses that causes less-severe disease.
- Monitoring the intensity of influenza seasons to inform treatment decisions, such as initiation of empiric antiviral use at the start of influenza season.
- ILI/ARI surveillance benefits the surveillance of other respiratory pathogens (such as RSV).

"The National genomic surveillance of SARS-CoV-2 variants"

There has been a **national sentinel genomic surveillance system of SARS-CoV-2 variants** in place in Austria since January 2021.

Genomic surveillance of SARS-CoV-2 is essential to detect, monitor and assess virus variants that can result in increased transmissibility, disease severity, or have other adverse effects on public health and social control measures. Obtaining timely and accurate information on the emergence and circulation of variants of concern (VOCs) and variants of interest (VOIs) requires a robust surveillance system, including integrated genome sequencing with a well-defined sampling and sequencing strategy to ensure representativeness and reliability of findings. Therefore, the reliable detection and monitoring of the presence of VOCs and VOIs in the population involves being able to include this information in situation assessments to guide decision-making processes. Such genomic surveillance systems must be integrated into existing population-based surveillance systems, with a well-defined sampling and sequencing strategy to ensure representativeness and reliability of findings. This means that sampling schemes for SARS-CoV-2 should be integrated into the community-based and hospital-based COVID-19 surveillance systems. In addition, performing sequencing on samples collected from outbreaks offers a unique opportunity to rapidly define the main epidemiological and clinical characteristics of VOCs, thus allowing for appropriate risk assessment and management. Such surveillance systems should also be able to detect unknown variants.

For genomic surveillance of SARS-CoV-2, ECDC recommends two complementary sampling approaches:

- Representative sampling of SARS-CoV-2 RT-PCR positive cases from existing, population-based surveillance systems;

- Targeted sampling of SARS-CoV-2 positive cases occurring in special settings or populations.

Representative sampling and sequencing of SARS-CoV-2 cases for genomic monitoring from routine surveillance

The objective for representative sampling and sequencing of SARS-CoV-2 from cases identified during routine surveillance is to detect new variants of concern and to monitor pre-existing variants.

- For novel or emerging variant detection, ECDC recommends a detection threshold minimum of 2.5%, but ideally 1% - prevalence of a particular variant among all variants within one unit of time.
- For monitoring, ECDC recommends sequencing adequate numbers of samples to detect a difference in the prevalence of a certain variant from one unit of time to the next (e.g., increase from 1% to 3%, or 2.5% to 5%).

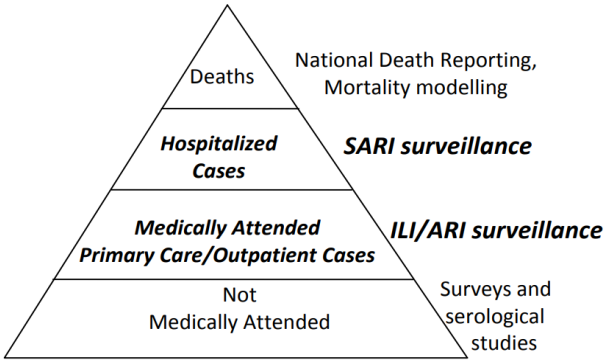
Targeted sampling and sequencing of SARS-CoV-2 cases from special settings or populations

Targeted sampling of SARS-CoV-2 cases from special settings or focused monitoring can include cases from outbreak investigations (long-term care facilities, healthcare institutions, schools, etc.), testing of incoming travellers returning from specific destinations, vaccinated people, reinfections, and others.

- Vaccine breakthrough infections and reinfections: comprehensive sampling to detect and characterise variants causing infection in the presence of SARS-CoV-2 antibodies;
- Outbreaks and clusters: a representative sample, with a minimum of five specimens per event to investigate virus transmission dynamics; detect novel genetic variants; assess the relatedness of viral strains within epidemiological clusters, and support contact tracing and other public health interventions;
- Confirmed cases with travel history in areas where VOCs or VOIs are endemic: to detect potential introductions of variants and slow down their spread, ECDC recommends comprehensive sequencing sampling of all SARS-CoV-2 positive cases with travel history in areas/countries where new VOCs or VOIs are circulating;
- Unusual events: a representative sample, with a minimum of five specimens from superspreading events or settings with unusually high transmission; for cases with unusual clinical presentations, ECDC recommends comprehensive sampling to support investigations of virus transmission dynamics and detection of novel genetic variants

Surveillance Systems (SuSy) to be established
A comprehensive SARI (severe acute respiratory infections)

Abbildung 2: Methods of surveillance



Source: Brown et al. (2011)

A sentinel surveillance system at hospital level detecting hospitalized cases of severe acute respiratory infections (SARI) supplements the existing primary care/outpatient surveillance systems though monitoring trends in severe diseases caused by respiratory virus infections, identifying high risk groups, that should be prioritized for prevention and treatment and monitoring antigenic and genetic characteristics of viruses associated with severe cases.

System design: To monitor trends of severe respiratory infections, it is advisable to rely on a SARI surveillance, using a common case definition and data collection methods as per ECDC protocol. Ideally, this surveillance system should be comprehensive. SARI surveillance systems should cover most common respiratory viruses and monitor severity of respiratory infections (through hospitalisation rates, but also admissions to ICU and fatal outcome), and the impact of vaccination. Therefore, all SARI cases should be tested at least for SARS-CoV-2 and for influenza when influenza is known to be circulating by PCR. Multiplex RT-PCR tests can be used to simultaneously test for SARS-CoV-2, influenza and other respiratory viruses.

Population under surveillance: The population under surveillance is the general population, i.e. anyone likely to be admitted due to SARI to an Austrian hospital.

Data sources: Ideally all hospitals should participate in the SARI surveillance. Data should be collected as soon as possible after admission to hospital and diagnosis, to ensure timeliness. All hospitalised patients with SARI, testing positive for SARS-CoV-2 or influenza has to be genomically sequenced, and in case of influenza also tested (phenotypically and/or genotypically) for antiviral resistance.

Case definition for SARI

An acute respiratory illness with onset during the previous 7 days requiring overnight hospitalization that:

- history of fever or measured fever of ≥ 38°C, AND
- cough, AND
- shortness of breath or difficulty of breathing.

Surveillance Systems (SuSy) consortium

A Consortium will consist of representatives of all aforementioned surveillance systems. They will meet on a regular base (weekly) for exchange. A bi-weekly report will be prepared and published.

Allocation the surveillance systems to the scenario

Scenario 1/2/3

- The comprehensive, community, symptomatic case-based surveillance system,
- The comprehensive, hospital-based SARI surveillance system for respiratory pathogens
- The Integrated sentinel respiratory surveillance system of respiratory virus
- The sentinel genomic surveillance system
- The wastewater-based genomic surveillance

Scenario 4

- The comprehensive, community, all case-based surveillance system,
- The comprehensive, hospital-based SARI surveillance system for respiratory pathogens
- The Integrated sentinel respiratory surveillance system of respiratory virus
- The sentinel genomic surveillance system
- The wastewater-based genomic surveillance

Kommentierungen zu Kapitel 5 Surveillance

Ad.	Kommentator	Anmerkung
5	**Vorarlberg**	*Sinnvoll ist es das Abwasser- und das Variantenmonitoring österreichweit zu standardisieren und festzulegen, wie viel Prozent der Bevölkerung je Bundesland vom Abwassermonitoring umfasst sein sollen. Nur so ist ein schneller Überblick über die zirkulierenden Varianten in der Bevölkerung und über die Prävalenz der Neuerkrankungen möglich.* • *Derzeit hat das Abwassermonitoring in Österreich 2 Säulen:* 1. *zum einen das allgemeine Abwassermonitoring, das vom BMSGPK finanziert wird und* 2. *zum anderen das Schulstandortabwassermonitoring, das vom BMBWF finanziert wird.*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		• *Aufgrund dieser Doppelgleisigkeit ist es in Vorarlberg möglich ca. 2/3 aller Abwässer auf SARS-CoV-2 zu monitieren. Mit Mitte 2022 wird das Bildungsministerium das Schulstandortmonitoring beenden, da die Verträge auslaufen. In der letzten Landessanitätsdirektoren- Konferenz wurde eine Verlängerung durch das BMBWF nicht in Aussicht gestellt. Dies wird dazu führen, dass in Vorarlberg die Anzahl der Kläranlagen, die beim Abwassermonitoring mitmachen, auf die Hälfte reduziert wird und somit nur mehr ca. 1/3 der Vorarlberger Bevölkerung vom Abwassermonitoring erfasst wird. Dies führt zu einer deutlichen Abnahme der Aussagekraft. Diese Beendigung ist auch im Bericht (Seite 21) angeführt, wobei das zitierte Abwassermonitoring des Bundeslandes Vorarlberg dann nicht den Umfang hat, der für eine wissenschaftliche Beobachtung erforderlich ist. Zudem sind Nachschärfungen und Optimierung des Abwasserprogrammes bezüglich Probenfrequenz und -häufigkeit erforderlich, um schnelle und valide Daten zu erhalten. Sind die Untersuchungsintervalle zu lange, ist keine Prognose, sondern nur eine retrospektive Betrachtung das Infektionsgeschehen möglich. Wenn – wie im Bericht gefordert – 70 bis 80 Prozent der Bevölkerung mit dem Abwassermonitoring abgedeckt werden sollen, ist bei Beendigung des Schulstandortmonitorings durch das BMBWF eine Ausdehnung des Abwassermonitorings durch das Gesundheitsministerium erforderlich.* • *Auch sollte die Vorbereitungszeit vor der nächsten Welle genutzt werden, klare und nachvollziehbare Falldefinitionen von Corona -bedingten Todesfällen und Corona- bedingten Hospitalisierungsfällen zu erstellen, um eine internationale Vergleichbarkeit der Daten zu ermöglichen. Momentan obliegt es der subjektiven Einschätzung des behandelnden Arztes, des Totenbeschauarztes beziehungsweise des ins EMS einmeldenden Amtsarztes/Amtsärztin, ob ein Fall als coronabedingter (Todes-)Fall gezählt wird.*
5	**Oberösterreich**	• *Das Kapitel ist eine korrekte Wiedergabe des ECDC-Reports. Der Zugang, ECDC-Empfehlungen zu übernehmen, wird begrüßt. Dieses Vorgehen würde sich auch für andere Kapitel (z.B. Testen) anbieten.*
5	**Wien**	• *Das Kapitel bezieht sich stark auf die Empfehlungen der ECDC zur Erkennung von neuen Virusvarianten und beschreibt den Ist-Zustand der Variantensurveillance. Nicht festgehalten wird hierbei, wie im Rahmen der Corona-Kommission vom 5. Mai 2022 dokumentiert, dass die volle Verantwortung für die den Standards der ECDC gemäße Durchführung der Variantensurveillance bei der AGES liegt.* • *Die im Rahmen der Corona-Kommission berichteten Zielsetzungen der Variantensurveillance der AGES, wonach eine Virusvariante bis zu 21 Tage nach Probenahme ab einem Threshold von 4% entdeckt werden soll,*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		entspricht nicht den im Dokument zitierten Vorgaben der ECDC, wonach eine Variante ab einer Prävalenz von 1%, jedenfalls ab einer Prävalenz von 2,5% detektiert werden soll. • *Es ist aus dem Kapitel nicht ableitbar, welche Gebietskörperschaften und Rechtsträger welche Maßnahmen bis wann zu setzen haben.*
5	**Tirol**	• *Bei einer zentralen Variantenanalyse muss die rasche Befundübermittlung gewährleistet sein; derzeit sind die Wartezeiten auf die Ergebnisse zu lang.*

6 Testen

6.1 Testen

Testen-Tracen-Isolieren (TTI) sind weiterhin sehr wesentliche Instrumente zur Bekämpfung der Pandemie. Österreich zählt weltweit zu den Ländern, in denen am meisten getestet wird. Die österreichische Teststrategie sieht neben den behördlich veranlassten Testungen (Verdachtsfälle, Kontaktpersonen etc.) und Testungen in vulnerablen Bereichen (Alten- und Pflegeheime, Krankenanstalten etc.) vor allem auch bevölkerungsweite Testungen mit einem niederschwelligen und kostenlosen Zugang vor. Bis Ende März 2022 standen die Tests der Bevölkerung ohne Beschränkungen zur Verfügung. Seit April 2022 ist die Anzahl der Tests auf zehn Tests (je fünf PCR- und Antigen-Tests) pro Person und Monat beschränkt, wobei es eine Reihe von Ausnahmen gibt.

Beginnend mit Anfang 2021 wurde in Österreich ein sehr umfangreiches Testregime auf- und ausgebaut. In den ersten drei Monaten des Jahres 2022 wurden im Durchschnitt täglich mehr als eine Million Tests durchgeführt.

Vor allem Wien, aber auch einige andere Bundesländer, haben ein sehr gut funktionierendes Testsystem aufgebaut. Eine tiefergehende Evaluierung der Teststrategie im internationalen Vergleich konnte bisher noch nicht durchgeführt werden.

Ein wesentliches Ziel wäre, Möglichkeiten einer objektiven Evaluierung der österreichischen Teststrategie zu finden. Da die oben genannten Endpunkte nicht nur von der Teststrategie, sondern auch von anderen Faktoren, insbesondere dem Maßnahmenregime abhängen, stellt dies eine große Herausforderung dar.

Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Evaluierung sollen dann effiziente Teststrategien für die verschiedenen Szenarien erarbeitet werden.

Szenarien-unabhängige Maßnahmen

Es sollte eine Evaluierung der bisherigen Teststrategie anhand von vorliegenden Daten und Erfahrungswerten erfolgen.

Die Evaluierung sollte anhand definierter Parameter, wie Todesfälle und Hospitalisierungen, erfolgen. Im Rahmen der Evaluierung sollte nach Möglichkeit auch die Auswirkung des Testens auf das individuelle Risikoverhalten berücksichtigt werden, auch wenn dies fachlich als schwierig angesehen wird.

Im Rahmen der Evaluierung sollte ein Vergleich der Bundesländer erfolgen, aber auch ein Vergleich mit europäischen Staaten (insb. Deutschland und Schweiz) wird als zielführend erachtet. Sofern möglich, sollte die Evaluierung variantenabhängig (Delta vs. Omikron) bzw. nach Phasen der Pandemie erfolgen.

Die bislang opportunistisch durchgeführten Testungen erschweren eine Evaluierung der Teststrategie, da etwa kein Wissen über die Personen, die sich regelmäßig getestet haben, vorliegt. Erschwerend ist aber auch die mangelnde Vergleichbarkeit der verschiedenen Parameter zwischen den europäischen Ländern. Nichtsdestotrotz sollte eine zumindest grobe Evaluierung möglich sein. Die Ergebnisse sollten dann in die weitere Planung und Umsetzung der Teststrategie einfließen.

Es sind dringend Überlegungen zum weiteren Vorgehen beim Testen und zur Vorhaltung von ausreichenden Testkapazitäten für den kommenden Herbst anzustellen, wobei die verschiedenen Szenarien zu berücksichtigen sind. Eine große Herausforderung dabei ist, dass die Testanbieter private Unternehmen sind, die Kapazitäten nicht ohne eine gewisse Basisfinanzierung vorhalten können.

Welche Art der Testung (Antigen-/PCR-Test) primär zum Einsatz kommen sollte, ist unter Berücksichtigung der Eigenschaften der jeweils kursierenden Virusvariante(n) zu entscheiden.

Szenarien-abhängige Maßnahmen

Grundsätzlich gilt, dass bei den optimistischeren Szenarien 1 und 2 das Testen einen geringeren Stellenwert hat als bei den pessimistischen Szenarien 3 und 4. Im Folgenden wird für die verschiedenen Szenarien dargelegt, welche Testungen jeweils erforderlich sind.

Szenario 1

- Keine Testungen mehr vorgesehen (abgesehen von der diagnostischen Abklärung im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen)

Szenario 2

- Testungen in vulnerablen Bereichen (Kinderbetreuungseinrichtungen, Alten- und Pflegeheime, Krankenanstalten etc.)
- Testungen von Verdachtsfällen, wahrscheinlichen Fällen und Kontaktpersonen
- Bevölkerungsweites, opportunistisches Testen nicht notwendig

Szenario 3

- Wie Szenario 2 (jedoch Erweiterung der vulnerablen Bereiche möglich)
- Bevölkerungsweites, opportunistisches Testen in Betracht ziehen (in Abhängigkeit von den Viruseigenschaften wie Inkubationszeit etc. sowie unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Evaluierung)

Szenario 4

- wie Szenario 3

6.2 Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung

COVID-19 ist eine anzeigepflichtige Erkrankung, bei der Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung gemäß Epidemiegesetz (EpiG) verpflichtend sind. Über jeden Fall einer anzeigepflichtigen Krankheit sowie über jeden Verdachtsfall einer solchen Krankheit sind gemäß § 6 Abs. 1 EpiG, neben den gemäß § 5 EpiG erforderlichen

Erhebungen, ohne Verzug die zur Verhütung der Weiterverbreitung der betreffenden Krankheit notwendigen Vorkehrungen für die Dauer der Ansteckungsgefahr zu treffen.

Das Absonderungsmanagement sowie die Definition der Kontaktpersonen wird über Erlass / Empfehlung vom BMSGPK vorgegeben und durch die lokalen Gesundheitsbehörden umgesetzt. Je nach epidemiologischer Lage und aktueller wissenschaftlicher Erkenntnis über die jeweils vorherrschende Variante werden die Vorgaben regelmäßig adaptiert.

Mit Stand Mai 2022 ist für bestätigte Fälle eine Isolation für 5 Tage mit anschließender Verkehrsbeschränkung bis zum Tag 10 nach Symptombeginn (bzw. wenn unklar nach Probenahme mit labordiagnostischem Erstnachweis des Erregers) und bei Kontaktpersonen ausschließlich eine Verkehrsbeschränkung für 10 Tage vorgesehen.

Insbesondere in Perioden mit hohen Fallzahlen kam es bei der Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung im Verlauf der Pandemie zu Überlastungen der Behörden. Die Identifizierung von Kontaktpersonen ist nach wie vor zeitaufwendig und ressourcenintensiv. Eine Automatisierung ist schwierig, da gemäß Epidemiegesetz Kontaktpersonen durch die Behörde informiert und individuell mit Maßnahmen belegt werden müssen. Weiters sind die Behörden zunehmend mit mangelnder Compliance und damit einhergehend mit der Schwierigkeit konfrontiert, dass vielfach Kontaktpersonen von den bestätigten Fällen nicht mehr angegeben werden.

Im Rahmen des Workshops wurde für die einzelnen Szenarien eine an die Eigenschaften der jeweils vorherrschenden Variante angepasste Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung definiert. Da die gesetzliche Grundlage das Epidemiegesetz ist, wurde in Zusammenschau die Übereinstimmung damit evaluiert.

Weiters wurde diskutiert, ob es Möglichkeiten zur Automatisierung von Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung gibt. Alternativ wurden die rechtlichen Möglichkeiten einer automatisiert unterstützten Absonderung/Verkehrsbeschränkung von bestätigten Fällen und Kontaktpersonen besprochen.

Szenarien-unabhängige Maßnahmen

- Um den Aufwand durch die Behörde möglichst gering zu halten, sollte das Fallmanagement so weit als möglich automatisiert durchgeführt werden.
- Kontaktpersonenmanagement ist sehr aufwendig und kaum automatisierbar: Vorschläge zur Automatisierung und Vereinfachung, zum Beispiel durch eine App, haben keinen rechtsverbindlichen Charakter und können deswegen nicht mit verbindlichen Maßnahmen verbunden werden. Insbesondere muss eine Kontaktperson nachweislich von ihrem Kontakt wissen (z. B. durch eine entsprechende Information durch die zuständige Behörde), um sich entsprechend der Vorgaben verhalten zu können.
- Relevante Verordnungen und das Epidemiegesetz sollten dahingehend evaluiert werden, inwieweit eine Änderung einzelner Bestimmungen bei gleichzeitiger Beibehaltung der grundlegenden Meldepflicht möglich wäre, die eine Absonderung/Verkehrsbeschränkung unabhängig von individueller Prüfung durch die Behörde bei bestätigten Fällen ermöglichen würde. Ebenso sollte überprüft werden, inwieweit Änderungen der rechtlichen Grundlagen es erlauben würden, bei entsprechenden Eigenschaften der vorherrschenden Variante keine Kontaktpersonennachverfolgung mehr durchführen zu müssen.

- Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Evaluierung sollten Anpassungen der Vorgaben zum Kontaktpersonenmanagement durch das BMSGPK erfolgen.

Szenarien-abhängige Maßnahmen

Szenario 1

- Abschaffung der allgemeinen Meldepflicht in post-pandemischer Phase (gemäß Klassifikation der WHO/ECDC)
- Bestätigte Fälle sowie Kontaktpersonen werden nicht abgesondert oder verkehrsbeschränkt
- Erkrankte Personen befinden sich wie bei anderen Erkrankungen arbeitsrechtlich im Krankenstand mit den entsprechenden Konsequenzen für Arbeitgeber:innen.
- Die Möglichkeit einer eingeschränkten Meldepflicht nur für schwere COVID-19 Erkrankungen zu Surveillance-Zwecken wurde diskutiert. Für eine solche Einschränkung wäre eine rechtliche Änderung notwendig. Solange eine Übertragbarkeit auch durch leicht erkrankte oder asymptomatische Personen erfolgen kann, entsteht ein Spannungsverhältnis zum derzeitigen mit dem EpiG verfolgten Ziel „Verhinderung der Verbreitung“.

Szenario 2

- Absonderung bestätigter Fälle in Kombination mit Verkehrsbeschränkung
- Verkehrsbeschränkung von Kontaktpersonen
- Um asymptomatische Fälle oder bestimmte Kategorien von Kontaktpersonen (z. B. Geimpfte) nicht mit Maßnahmen zu belegen, muss fachlich argumentierbar sein, dass diese Personen nicht oder kaum zur Weiterverbreitung von SARS-CoV-2 beitragen.
- Bei Szenario 3 und 4 muss jedenfalls versucht werden, die Fallzahlen so niedrig zu halten, dass eine individuelle Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung durch die Behörden noch möglich ist. Da in beiden Szenarien von stark übertragbaren Virusvarianten auszugehen ist, sind entsprechende begleitende NPI-Maßnahmen erforderlich, um solch niedrige Fallzahlen zu erreichen.

Szenario 3

- Absonderung bestätigter Fälle in Kombination mit Verkehrsbeschränkung
- Absonderung von Kontaktpersonen in Kombination mit Verkehrsbeschränkung

Szenario 4

- Absonderung bestätigter Fälle, evtl. in Kombination mit Verkehrsbeschränkung
- Absonderung von Kontaktpersonen, evtl. in Kombination mit Verkehrsbeschränkung

Kommentierungen zu Kapitel 6 Testen

Ad.	Kommentator	Anmerkung
6.1	**Burgenland**	*Wichtig wäre, dass im Falle steigender Infektionszahlen eine rasche und effiziente „Surveillance“ in Bezug auf vulnerable Gruppen gesichert ist. Eine Definition der vulnerablen Gruppe erscheint essentiell und sollte jedenfalls in die COVID-19-Screenings auch Gesundheitsdienstleister im niedergelassenen Bereich sowie die kritische Infrastruktur berücksichtigt werden.*
6.2	**Burgenland**	*Wichtig wäre die Überarbeitung des Epidemiegesetzes und der Verordnungen, damit die Absonderungsverfahren unbürokratischer und ressourcensparender durchgeführt werden können. Die geltende Kontaktpersonennachverfolgung sollte jedenfalls beibehalten werden.*
6	**Vorarlberg**	• *Unter Berücksichtigung der Allgemeinen Vorbemerkungen sollte die bisherige Strategie eines sehr umfangreichen und kostspieligen Testregimes hinterfragt werden, zumal nicht erkennbar ist, dass dieses im Unterschied zu anderen benachbarten Ländern (insbesondere Deutschland und Schweiz) ein signifikantes besseres Ergebnis zur Folge gehabt hätte. Unterstützt wird die Forderung der Evaluierung der bisherigen Teststrategie und folglich die Erarbeitung einer diesem Ergebnis angepassten Teststrategie für das jeweilige Szenario.* • *Nicht geimpfte Personen sollten für freiwillig durchgeführte Testungen generell keine kostenfreien Tests erhalten – unabhängig davon, welches Szenario eintritt. Parallel dazu sollten für nicht geimpfte Personen die Entschädigungen oder ein Entgeltersatz im Falle einer Absonderung (§ 32 Epidemiegesetz) ersatzlos entfallen.* • *Ebenfalls unter Berücksichtigung der Allgemeinen Vorbemerkungen sollte das bisherige Fall- und Kontaktpersonenmanagement gesamthaft hinterfragt werden. Es ist zu hinterfragen, ob das Absondern mittels Absonderungsbescheid ein taugliches Mittel ist, um die Pandemie einzudämmen. Offensichtlich wird aber im vorliegenden Dokument diese Strategie (Testen- Tracen- Isolieren) nicht hinterfragt. Es sollte vorab nicht nur die österreichische Teststrategie, sondern auch die Absonderungsstrategie evaluiert werden.* • *Für Personen, die aufgrund ihrer Symptome zur Testung verpflichtet wurden und deren Testung ein positives Ergebnis gebracht hat, sollte „automatisiert“*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		im Wege einer Verordnung eine Absonderung bzw nach einer bestimmten Dauer eine Verkehrsbeschränkung normiert werden. • *Eine entsprechende Anpassung der gesetzlichen Grundlagen sollte möglichst noch vor dem Herbst 2022 erfolgen, damit die Verwaltungsbehörden nicht erneut an ihre Kapazitätsgrenzen stoßen. Dies insbesondere auch deshalb, weil zwischenzeitlich höchstgerichtlich entschieden wurde, dass rückwirkende Absonderungsbescheide nach dem Epidemiegesetz rechtswidrig sind (VwGH 23.11.21, Ra 2021/09/0173), bekanntlich aber in Hochinzidenzphasen regelmäßig die Gesundheitsbehörden an ihre Kapazitätsgrenzen stießen.* • *Kontaktpersonen sollten in allen vier Szenarien nicht mehr von der Behörde erhoben werden. Es sollte an deren Eigenverantwortung appelliert werden und sie sollten entsprechende verkehrsbeschränkende Maßnahmen eigenständig treffen können (zB Maske bei Personenkontakt).*
6	**Oberösterreich**	• *Es wird darauf verwiesen, dass dringend konkrete Überlegungen zum weiteren Vorgehen beim Testen und zur Vorhaltung von ausreichenden Kapazitäten anzustellen sind. Unklar bleibt in diesem Zusammenhang aber, wer wann diese Überlegungen anstellt. Im Hinblick darauf, dass Kapazitätserweiterungen nicht kurzfristig möglich sind, sind auch die entsprechenden Vorlaufzeiten zu berücksichtigen.* • *Es wird auf einen Vergleich der Bundesländer im Rahmen der Evaluierung verwiesen. Unklar ist, auf welcher Basis der Vergleich und wann die Evaluierung stattfinden soll, damit tatsächlich relevante Schlüsse für den Herbst daraus gezogen werden können. Hier sollte jedenfalls auch eine Kosten-Nutzen-Analyse erfolgen.* • *Bei Trace und Isolate wird hinsichtlich der unterschiedlichen Szenarien unterschieden. Zutreffend wurde festgestellt, dass die Kontaktpersonenidentifizierung zeitaufwändig und ressourcenintensiv und eine Automatisierung nicht möglich ist. Aus diesen Erkenntnissen müssen die notwendigen Schlussfolgerungen gezogen werden. Glaubt man den „Popper Prognosen", so stößt man hier schnell an die Grenzen des Machbaren, weshalb erneut die Zweckmäßigkeit dieser Maßnahme evaluiert werden und bei negativem Ergebnis eine Einstellung bzw. Anpassung erfolgen sollte. Wird dennoch an der Nachverfolgung von Kontaktpersonen festgehalten, scheint es aus Sicht des Landes Oberösterreich zweckmäßig, eine Absonderung mittels generell-abstraktem Rechtsakt (Verordnung) zu prüfen.*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		• *Überlegungen betreffend die Automatisierung der Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung müssen bei den Planungen für den Herbst und einen Anstieg der Fallzahlen Priorität haben, da nur auf diese Weise ab einer gewissen Inzidenz der ordnungsgemäße Vollzug überhaupt noch ermöglicht werden kann. In diesem Zusammenhang wird auf die bereits bestehende technische und in der Praxis auch (von mehreren Bundesländern) genutzte Möglichkeit der Absonderung mittels SMS hingewiesen. Diesbezüglich ist eine Klärung der Rechtsverbindlichkeit der Absonderung bzw. Verkehrsbeschränkung mittels SMS seitens des BMSGPK notwendig.* • *Die Möglichkeit einer eingeschränkten Meldepflicht nur für schwere COVID-19-Erkrankungen ist von den Bestimmungen des Epidemiegesetzes nicht gedeckt. Eine Einschränkung der Meldepflicht auf ausschließlich schwere Krankheitsverläufe scheint aus verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten bedenklich, da es sich bei COVID-19 unabhängig vom Krankheitsverlauf um eine ansteckende Krankheit handelt, sodass die ausschließliche Meldung von schweren Krankheitsverläufen und einer daraus resultierenden Freiheitsbeschränkung wohl nicht gerechtfertigt werden kann.* • *Ganz generell wird angemerkt, dass die mit der Meldepflicht einhergehenden freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in Hinblick auf ihre tatsächliche Wirkung zur Eindämmung der Pandemie - insbesondere auch aus verfassungsrechtlichen Überlegungen heraus - kritisch zu betrachten sind. Für den Fall des Festhaltens am System „test-trace-isolate" ist ein vergleichbares Vorgehen in allen Lebensbereichen notwendig.* • *Kritisch gesehen wird, dass bei den szenarienunabhängigen Maßnahmen auf die Ergebnisse der Evaluierung aufgebaut wird, was eine Umsetzung mit Wirkung auf den diesjährigen Herbst als unrealistisch erscheinen lässt. Schon die Prüfung bzw. anschließende Umsetzung gesetzlicher Änderungen benötigt entsprechenden zeitlichen Vorlauf. Prüfmaßstab der Evaluierung kann nur sein, ob eine Teststrategie einen relevanten positiven Einfluss auf das pandemische Geschehen hat. Insbesondere die Durchführung von Schultests ist unter diesem Aspekt genau zu betrachten. Internationale Vergleiche liegen vor.* • *Vorteile der österreichischen Strategie sind bisher nicht dokumentiert. Bei sich rasch ausbreitenden Varianten mit kurzer Inkubationszeit verliert die Schutzwirkung der Tests weiter an Boden.*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		• *Unklar ist auch, inwieweit die vorgeschlagene Teststrategie und die dort vorgesehene Verlängerung der Regelungen bis Ende 2022 mit den Planungen des Bundes für den Herbst in Einklang steht.*
6	**Wien**	• *Es wird ohne inhaltliche Erläuterung, abweichend von allen bisherigen Strategien und in Widerspruch zu anderen Teilen des Dokuments, ein Testen mit PCR-Tests nicht mehr als Gold-Standard und als zu bevorzugende Testmöglichkeit definiert. Insgesamt wird die Bedeutung der Verfügbarkeit eines niederschwelligen und breit verfügbaren Testangebotes nicht ausreichend hervorgehoben.* • *Die Sinnhaftigkeit und Durchführbarkeit von Kontaktpersonenerhebungen hängen wesentlich von der Fallzahl ab. Der größte Effekt des Contact Tracings kann erzielt werden, solange die Fallzahlen niedrig sind. Die Bedeutung der Kontaktpersonennachverfolgung ist insbesondere bei besonders pathogenen Varianten gegeben. In Situationen mit sehr hohen Fallzahlen kommt hingegen dem breit verfügbaren Testangebot wesentliche Bedeutung zu. Das Kapitel geht nicht darauf ein, inwieweit in Situationen, in denen sich wöchentlich mehrere Prozent der Bevölkerung infizieren, eine Kontaktpersonenerhebung noch zielführend ist.* • *In Hochinzidenzphasen wäre es erforderlich, gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, um eine automatisierte Absonderung auf Basis eines positiven Befundes zu ermöglichen. Dabei ist auch zu überlegen, für welche Personen in welchen Szenarien Absonderungsmaßnahmen notwendig und sinnvoll sind. Auch in diesem Zusammenhang ist ein niederschwelliges Testangebot von besonderer Bedeutung.* • *Eine Evaluierung der Teststrategie wird im Dokument angeregt. Diese sollte nicht eklektizistisch erfolgen. Die Frage der Verbreitung des Virus lässt sich systematisch durch eine hinreichend große, repräsentative Seroprävalenzstudie, die auch regional differenziert ausgewertet werden kann, beantworten. Ferner kann auch ein vorgeschlagener internationaler Vergleich sinnvoll sein, der sich jedoch keinesfalls auf Deutschland und die Schweiz reduzieren kann sondern auch die östlichen (Tschechien, Slowakei, Ungarn) und südlichen (Italien, Slowenien) Nachbarn und ggf. weitere Länder nach wissenschaftlichen Kriterien einzubeziehen hat. Weiters sei darauf hingewiesen, dass von der Wirtschaftskammer Wien in Kooperation mit Kearney bereits eine Kosten-Nutzenanalyse der ökonomischen Auswirkungen*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		der Wiener COVID-19 Teststrategie durchgeführt wurde, welche als eine Grundlage herangezogen werden könnte. • *Die Aussage, dass keine Informationen darüber vorliegen, wie oft sich Menschen getestet haben, ist zumindest für das Bundesland Wien nicht zutreffend.* • *Es ist aus dem Kapitel nicht ableitbar welche Gebietskörperschaften und Rechtsträger welche Maßnahmen bis wann zu setzen haben.*
6	**WKO**	• *Im Rahmen des Betrieblichen Testens können unterschiedliche Personengruppen rasch und unbürokratisch erreicht werden. Knapp 2400 Unternehmen mit mehr als 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind für das Betriebliche Testen registriert, diese Betriebe umfassen mehr als eine Million Beschäftigte. Noch einmal so viele Unternehmen mit weniger als 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beteiligen sich ebenfalls beim Betrieblichen Testen. Insgesamt konnten knapp 11 Millionen Testungen im Rahmen des Betrieblichen Testens durchgeführt und rund 23.000 positive Fälle entdeckt werden.* • *Mit dem betrieblichen Testen gelingt es, möglichst lange ein sicheres Arbeitsumfeld zu gewährleisten. Das Betriebliche Testen trägt entscheidend dazu bei, Cluster-Bildungen in Unternehmen zu verhindern bzw. bedeutend einzuschränken. Somit kann dazu beigetragen werden Personalausfälle zu reduzieren und ein Funktionieren u.a. der kritischen Infrastruktur sicherzustellen.* • *Zu verbessern wäre, bei einer Wiederaufnahme des Betrieblichen Testens, der zeitliche Ablauf der Erlassung der Förderrichtlinie. Die Förderung für das Betriebliche Testen fand quartalsweise statt, die notwendige Richtlinie wurde oft erst nach dem Ende des jeweiligen Quartals erlassen. Dies führte zu Verunsicherungen bei Unternehmen und 3 erschwerte die Beratung zu den notwendigen Kriterien für eine Förderung im Rahmen des Betrieblichen Testens.* • *Szenario 1 und 2: Ein umfassendes Betriebliches Testen ist nicht erforderlich.* • *Szenario 3 und 4: Re-Aktivierung des Betrieblichen Testens, inklusive staatlicher Förderung.*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		FALL- UND KONTAKTPERSONENNACHVERFOLGUNG • *Die Quarantäneregelungen müssen evaluiert und unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage regelmäßig beurteilt und gegebenenfalls angepasst werden, um eine flexible – jedoch österreichweit einheitliche - Vorgehensweise zu gewährleisten. Für Verdachtsfälle sollten weiterhin niederschwellig kostenfreie Tests zur Verfügung stehen, um eine etwaige Quarantäne so kurz wie möglich zu halten.* • *Abhängig von der vorherrschenden Virusvariante und deren Eigenschaften wie Infektiosität sind die Quarantäneregeln anzupassen. Es kann daher auch Phasen geben, wo eine Absonderung von Kontaktpersonen bzw. allenfalls sogar Infizierten nicht geboten ist. In solchen Situationen ist ggf. auch eine Verkehrsbeschränkung ausreichend. In diese Überlegung müssen auch die personellen Erfordernisse der Betriebe mit einbezogen werden. Sollte es zu sehr hohen Infektions- bzw. Absonderungszahlen kommen, die ein Aufrechterhalten des laufenden Betriebes nicht möglich machen, muss es zu einer Adaptierung der Quarantäneregeln kommen.* • *In diesem Zusammenhang sollten zeitnah die Absonderungsregelungen vereinfacht und österreichweit vereinheitlicht werden. So könnte ein positiver PCR-Test unmittelbar zu einer automatisierten Ausstellung des Absonderungsbescheids führen. Des Weiteren sollte es einen Automatismus zwischen einem negativen PCR-Testresultat und der Aufhebung der Absonderung geben, sofern keine Verkehrsbeschränkungen vorgesehen werden.* • *Da dafür eine Änderung der Rechtslage, insbesondere des Epidemiegesetzes, erforderlich ist, müssen die Vorbereitungen rasch in Angriff genommen werden.* • *Die vorgeschlagenen szenarienabhängigen Maßnahmen sind zu unterstützen.*
6	**Tirol**	• *Welche Art der Testung (Antigen-/PCR-Test) primär zum Einsatz kommen soll, sollte auch hinsichtlich ihrer Kosteneffizienz beurteilt werden Es benötigt hinsichtlich der Testfrequenz und des zu verwendenden Tests genaue Vorgaben.* ***Zu Punkt 6.2.: Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung (S. 51 ff)***

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		Das bisherige Kontaktpersonennachverfolgungs- und Absonderungsmanagement hat den Vollzug vor teils unlösbare Aufgaben gestellt. Zur Verbesserung der betreffenden Strategie sollten folgende Punkte berücksichtigt werden: *1. Schaffung einer rechtlichen Möglichkeit zur Priorisierung der positiven Erkrankungsfälle (Aussetzen der Kontaktpersonennachverfolgung bei extrem hohen Fallzahlen);* *2. Freitestung nach fünf Tagen bei Fallzahlen im niedrigen bzw. mittleren Bereich muss hinterfragt werden, da die Praxis gezeigt hat, dass eine Freitestung nach fünf Tagen meist nicht erfolgreich ist und die Absonderung bzw. Verkehrsbeschränkung somit ohnedies bis zehn Tage nach erfolgter Testung bzw. Symptombeginn fortdauert;* *3. Verkehrsbeschränkungen sind grundsätzlich zu überdenken, zumal die Überprüfung der Einhaltung von Verkehrsbeschränkungen für die Behörden idR unmöglich ist und diese auch den betreffenden Unternehmer:innen im Rahmen der Zutrittskontrolle nicht zugemutet werden kann;* *4. Als Berechnungsgrundlage der Zeiträume für behördliche Maßnahmen (Absonderungen, Verkehrsbeschränkungen) sollte einheitlich das Abstrichdatum bzw. der Tag der Probenahme herangezogen werden – dies würde zu erheblichen Erleichterungen im Vollzug führen, zumal der Symptombeginn nicht erhoben werden müsste und dieser ohnedies auf subjektivem Befinden beruht;* • *Das Dokument des BMSGPK betreffend „Empfehlung für die Gesundheitsbehörden zur Entlassung von bestätigten Fällen aus der Absonderung“ sollte dezidiert in Erlassrang gehoben werden, da in der Vergangenheit die Verbindlichkeit dieser Unterlage immer wieder in Frage gestellt wurde und dadurch eine gewisse Rechtsunsicherheit vorhanden ist;*
6	**Kärnten**	***1. Absonderungsmanagement:*** *Wie in der Ergebnisdokumentation des Expert:innenworkshops unter Pkt. 6.2 Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung (S. 55 f) ausgeführt, ist bei COVID-19 die Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung gemäß EpiG verpflichtend. Über jeden Fall einer anzeigepflichtigen Krankheit sowie über jeden Verdachtsfall einer solchen Krankheit sind ohne Verzug die zur Verhütung der Weiterverbreitung der betreffenden Krankheit notwendigen Vorkehrungen für die Dauer der Ansteckungsgefahr zu treffen. Das Absonderungsmanagement sowie die Definition*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		der Kontaktpersonen wird über Erlass Empfehlung vom BMSGPK vorgegeben und durch die lokalen Gesundheitsbehörden umgesetzt. Wie aus dem genannten Dokument hervorgeht, wurde u.a. diskutiert, ob es Möglichkeiten zur Automatisierung der Fall-und Kontaktpersonennachverfolgung gibt. Alternativ wurden die rechtlichen Möglichkeiten einer automatisiert unterstützten Absonderung/Verkehrsbeschränkung von bestätigten Fällen und Kontaktpersonen besprochen. Vor diesem Hintergrund wird folgende Problematik iZm. dem Absonderungsmanagement hingewiesen: *§ 46 EpiG, BGBl. Nr. 186/1950 idF. BGBl. I Nr. 21/2022 lautet:* *„**Telefonischer Bescheid*** *§ 46. (1) Bescheide gemäß § 7 oder § 17 dieses Bundesgesetzes können für die Dauer der Pandemie mit COVID-19 abweichend von § 62 Abs. 1 Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991, BGBl. Nr. 51/1991 in der geltenden Fassung, aufgrund eines Verdachts mit der Infektion von Zahl: 05-COVID-20/10-2022 (001/2022) SARS-CoV-2 auch telefonisch erlassen werden.* *(2) Die Absonderung endet, wenn die Behörde nicht innerhalb von 48 Stunden einen Bescheid über die Absonderung gemäß § 7 dieses Bundesgesetzes wegen einer Infektion mit SARS-CoV-2 erlässt.* *(3) Der Inhalt und die Verkündung eines telefonischen Bescheides ist zu beurkunden und der Partei zuzustellen.“* *Die Gesetzesmaterialien (IA 484/A 27. GP) verweisen darauf, dass es im Hinblick auf die Containment-Strategie unabdingbar (im Sinne zur Regelung des Gegenstandes erforderlich) sei, abweichend von § 62 Abs. 1 AVG mündliche Bescheide auch telefonisch aussprechen zu können, um sicherzustellen, dass ein Krankheitsverdächtiger sofort seine Wohnung nicht verlässt oder diese unverzüglich aufsucht. Diese Bescheide sind mit höchstens 48 Stunden befristet, sofern das Testergebnis nicht früher vorliegt. Im Fall eines positiven Testergebnisses ist ein Absonderungsbescheid für einen Erkrankten zu erlassen.* *In der Literatur wird unter Verweis auf die Materialien und den Wortlaut des § 46 EpiG die Ansicht vertreten, dass unter der telefonischen Erlassung eines Bescheides eine fernmündliche Bescheiderlassung zu verstehen sei. Keinesfalls ermögliche diese Bestimmung eine Bekanntgabe des Bescheidinhaltes mittels SMS [Denk/Löschl, Telefonische Bescheiderlassung nach § 46 EpiG -problembehaftet oder krisensicher? ZTR 2021, 16 (16); Schwetz, Handlungsformen der Verwaltung und Rechtsschutz am Beispiel von Absonderungen nach dem EpidemieG, Jahrbuch Öffentliches Recht 2021, 11 (22) FN 87]. Unter Verweis auf § 62 Abs. 1 AVG und*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		den IA 484/A 27. GP geht u.a. auch das LVwG NÖ davon aus, dass § 46 EpiG lediglich mündliche Bescheide, die nunmehr auch telefonisch ausgesprochen werden können, erfasst. Eine SMS-Nachricht könne nicht als telefonischer Bescheid angesehen werden (LVwG Niederösterreich LVwG-AV-806/001-2021). Unter Zugrundelegung ob zitierter Literatur und Rechtsprechung ist davon auszugehen, dass aufgrund der derzeitigen Formulierung des EpiG unter einer telefonischen Erlassung eines Bescheides wohl nur eine fernmündliche Bescheiderlassung zu verstehen ist und eine SMS-Nachricht eher nicht als telefonischer Bescheid gilt. Darüber hinaus wird angemerkt, dass ein mittels E-Mail zugestellter Absonderungsbescheid grundsätzlich an einem Zustellmangel leidet. Die umfassende Vorbereitung auf die zu erwartende Pandemiesituation im kommenden Herbst erfordert die Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen des Absonderungsmanagements. Dringend gefordert wird die Schaffung einer Rechtsgrundlage, die eine automatische Absonderung einer positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Person von Gesetztes wegen („ex lege-Absonderung") beinhaltet. ***Zusammenfassung:*** *Sofern eine Absonderung von Gesetzes wegen auf rechtliche Hindernisse stoßen sollte, wird die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Zustellung von Absonderungsbescheiden mittels SMS oder E-Mail gefordert. Jedenfalls ist die Vorgabe fallzahlenangepasster Richtlinien betreffend das Kontaktpersonenmanagement seitens des BMSGPK im Erlasswege erforderlich. Zahl: 05-COVID-20/10-2022 (001/2022)* ***2. Kostentragung für Personal nach § 27a EpiG im Bereich Verdienstentgang/Entschädigungsanträge*** • *Der Argumentation des BMSGPK, dass § 27a EpiG nur die Unterstützung von Maßnahmen, die "im Rahmen der Bekämpfung der Ausbreitung des Erregers SARS-CoV-2 erforderlich" sind, nicht aber die gesamte Vollziehung des EpiG umfasse und daher die Aufarbeitung von Anträgen auf Verdienstentgang nach dem Epidemiegesetz durch Personal, welches nach § 27a EpiG bestellt wurde, aus der Sicht des BMSGPK nicht zulässig sei, kann nicht gefolgt werden. Die Vielzahl an Entschädigungsverfahren ist zum einen unmittelbar auf die behördlichen Maßnahmen zurückzuführen, die im Rahmen der Bekämpfung der Ausbreitung des Erregers SARS-CoV-2 erforderlich waren und andererseits dient die rasche Abarbeitung der Anträge auf Verdienstentgang zur Entschädigung der durch die behördlichen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie entstandenen finanziellen Schäden der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer.*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		• *Zusammenfassend wird daher gefordert, die Kostentragung durch den Bund auf Personal zur Bearbeitung von Entschädigungsanträgen nach § 32 EpiG auf der Grundlage der§§ 27a iVm 36 Abs1 lit. n EpiG auszudehnen, da dieser Bereich unzertrennlich mit den Auswirkungen der Pandemie verbunden ist.*

7 NPI - Non-pharmaceutical Interventions

7.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen

In mehr als zwei Jahren Pandemie sind viele nicht-pharmazeutische Interventionen (NPIs) Teil unseres Alltags geworden, etwa Masken (MNS, FFP2) und Hygienemaßnahmen. Zudem erlebten wir Einschränkungen bei öffentlichen und privaten Zusammenkünften, ausgedehnte Abstandsregeln, Kapazitätsbeschränkungen und Zugangsregelungen anhand des Immunisierungsstatus u.a. in der Gastronomie, bei Einreisebeschränkungen und für die Empfehlung zur Arbeit im Homeoffice. Allgemeine Ausgangssperren (Lockdowns) wurden im Einklang mit dem COVID-19-MG als Ultima Ratio eingesetzt, wenn gelindere Mittel das Infektionsgeschehen nicht ausreichend eindämmen konnten. Diese Einschränkungen trafen jedoch nicht alle gesellschaftlichen Gruppen in gleichem Ausmaß - so erlebten etwa jüngere Menschen deutlich stärkere Einschnitte als ältere, wie Ergebnisse des Austrian Corona Panel Project zeigen.

Die verschiedenen Einschränkungen sind mit unterschiedlich starken psychosozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen, sowie v.a. bei selektiven Schließungen mit gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Ungleichbehandlung verbunden. Mit zunehmender Dauer der Pandemie und häufiger Änderung der Maßnahmen nimmt die Compliance bzw. die Einhaltung der NPIs ab - dies zeigen Forschungsergebnisse aus Österreich und anderen Ländern (siehe Comix-Studie Hasselt University 2022). Bezüglich der Stärke der Maßnahmen scheint es einen sweet spot zu geben, bei der Compliance und Eigenverantwortung synergistisch wirken (vgl. u. a. Dönges et al. 2022). Entscheidend für die Einhaltung der NPIs ist nicht nur ihr behördlicher Vollzug, sondern auch die durch erfolgreiche Kommunikation vermittelte Überzeugung der Bevölkerung hinsichtlich ihrer Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit. Weiters spielen soziale Normen (z. B. Vorbildwirkung, soziale Blasen) eine entscheidende Rolle bei der Einhaltung der NPIs.

Zielsetzung dieses Dokuments ist ein konsentierter Vorschlag für den Einsatz vorhandener NPIs in Abhängigkeit der Szenarien 1-4 unter Einbeziehung von fokussiert vorhandener Literatur. Die Regelungen der Maßnahmen sollten dabei möglichst einfach gestaltet werden, um transparente Kommunikation und Nachvollziehbarkeit in der Bevölkerung zu ermöglichen („keep it simple“).

7.2 Allgemeine Maßnahmen

Allgemeine Überlegungen

Nicht-pharmazeutische Interventionen sind neben pharmazeutischen Interventionen (Impfstoffe, antivirale Medikamente) wirksame Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens, um die Transmission von SARS-CoV-2 zu verhindern und/oder zu kontrollieren, wie z. B. Maske-Tragen, Testen und Absonderungsmaßnahmen, Abstandsregelungen, Kontaktbeschränkungen bis hin zu Einschränkungen der Bewegungsfreiheit. In diesen Ausführungen ist die Test-Trace-Isolate-Strategie nicht umfasst, sondern wird gesondert in einem eigenen Kapitel abgehandelt.

- Grundsätzlich können mittels NPIs verschiedene Ziele erreicht werden:
  - Allgemeine Vermeidung oder Verminderung von Infektionen
  - Schutz der Risikogruppen (20-30% der Bevölkerung)
  - Aufrechterhaltung der kritischen Infrastruktur und des Gesundheitssystems
- Bei der Zielsetzung müssen wissenschaftliche, politische, rechtliche und gesellschaftliche Perspektiven (Stichwort Akzeptanz und Kommunikation) miteinbezogen werden. Dabei muss wissenschaftliche Evidenz über die Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Maßnahmen und deren Umsetzbarkeit mit der tatsächlichen Gefährlichkeit einer Virusvariante (Stichwort Notwendigkeit, Verhältnismäßigkeit) abgewogen werden. Die Analyse sämtlicher verfügbarer Evidenz, national und international, hinsichtlich Wirkung, inkl. Nebenwirkungen und Umlegung auf die genannten Szenarien stellt in Anbetracht der verfügbaren Ressourcen eine Herausforderung dar.
- Wenn Infektionen in der Allgemeinbevölkerung ein weitgehend mildes Krankheitsbild verursachen, sind die vorrangigen Ziele Schutz der Risikogruppen und der kritischen Infrastruktur. Die allgemeine Vermeidung von Infektionen von Personen mit geringem Risiko schwer zu erkranken, rückt in den Hintergrund bzw. muss sorgfältig gegenüber potenziell durch NPIs verursachte Schäden abgewogen werden. Hier ist allerdings auch zu bedenken, dass derzeit noch nicht beurteilt werden kann, inwieweit auch leichte Krankheitsverläufe negative (Langzeit)-Folgen haben können (z. B. durch kumulative Organschäden durch repetitive Infektionen).
- Bei der Risikoeinschätzung neuer Virusvarianten ergibt sich üblicherweise innerhalb weniger Wochen nach Klassifizierung einer „Variant of Concern“ ein Bild der Situation (Parameter zu Ansteckung und Immunität werden recht schnell bekannt, klinischer Verlauf etwas später), auf die dann innerhalb von ein paar Wochen reagiert werden kann/muss, bevor die neue Variante voll durchschlägt.
- Wenn die Gefährlichkeit einer Virusvariante noch nicht evident einschätzbar ist, sollten aus Gründen der Vorsicht Maßnahmen eher früher und weitreichender gesetzt werden.
- In Szenarien 1 und 2 sind (neben Schutzkonzepten) vorrangig Gebote (v.a. Maskenpflicht) zentraler Bestandteil des Maßnahmenmixes, erst in Szenarien 3 und 4 kommen auch Verbote (v. a. Bewegungseinschränkungen) stärker zum Tragen. Während rechtlich kein wesentlicher Unterschied zwischen Geboten und Verboten besteht, kann diese Unterscheidung für die Kommunikationsstrategie wichtig sein.
- Maßnahmen sind als Kaskade zu sehen: in ungünstigeren Szenarien kommen weitere Maßnahmen zusätzlich zu den bereits in besseren Szenarien vorgesehenen dazu (Eskalationsleiter). Essentiell ist hier, dass bei einer notwendigen Eskalation der Maßnahmen typischerweise nicht eine Maßnahme eine andere ablösen wird, sondern gemäß des „Schweizer Käsemodells“ in Bereichen mit erhöhtem epidemiologischem Risiko mehrere Maßnahmen parallel notwendig sein werden, von der jede für sich zwar durchlässig ist, die Kombination der NPIs jedoch zu einer deutlichen mitigierenden Wirkung führen kann.
- Die Szenarien können nicht isoliert von NPIs betrachtet werden. Eine Vielzahl von Studien belegt mittlerweile, dass Timing und Sequenz von Maßnahmen (wie früh im Verlauf einer Infektionswelle welche NPIs in welcher Reihenfolge gesetzt werden) einen deutlichen Einfluss auf deren Wirksamkeit haben kann (Haug et al. 2020; Mendez-Brito et al. 2021). Das heißt, dass Situationen möglich sind, in denen man mit ein und demselben weniger stringenten Maßnahmenbündel die Lage jener des

Szenario 2 entspricht, wenn das Bündel rechtzeitig implementiert wird, während die Lage sich zu der des Szenario 3 entwickeln kann, wenn das Bündel zu spät kommt und dadurch noch stringentere Maßnahmen notwendig werden.

- Moderate Szenarien (2 und 3):
  - Großer Handlungsspielraum und Einflussmöglichkeit auf die Pandemieentwicklung, um Verschlechterung und somit die Notwendigkeit härterer Maßnahmen abzuwenden.
  - Durch den frühzeitigen Einsatz mehrerer differenzierter und relativ gelinder Maßnahmen können schwerwiegendere Maßnahmen (Bewegungseinschränkungen) vermieden werden. Dies hat Implikationen für die zu erwartende Compliance und sollte deshalb in der Kommunikationsstrategie berücksichtigt werden.
- In ungünstigeren Szenarien (3 und 4):
  - Hier sind weniger einzelne (differenzierte/kleinteilige) Maßnahmen nötig, da wenige, aber schwerwiegendere Maßnahmen (Bewegungseinschränkungen) eingeführt werden müssen, die einzelne, differenzierte/kleinteilige Bewegungseinschränkungen oder Social Distancing Maßnahmen überlagern bzw. obsolet machen (insbesondere falls die kleinteiligen Maßnahmen zu spät eingeführt wurden). Die grundlegenden Hygienemaßnahmen sind davon nicht betroffen.

Allgemeine Maßnahmen

- Zentrale menschliche, nicht verschiebbare Ereignisse sollen unabhängig vom bestehenden Szenario minimal/möglichst wenig/nicht eingeschränkt werden (z. B. Begräbnisse im Freien; Palliativversorgung - Sterben mit Angehörigen; Geburt - Beisein einer Vertrauensperson).
- Es müssen einfache nachvollziehbare Regelungen geschaffen werden, und die Maßnahmen und deren Zielsetzung je Szenario erklärt werden (Zielgruppen: Bevölkerung und Politik) → hierfür müssen auch Indikatoren insb. hinsichtlich der Kapazitäten im Gesundheitswesen (Hospitalisierungen), festgelegt werden.
- Verpflichtende Regeln können durch allgemeine Empfehlungen ergänzt werden, um zu vermitteln, dass Infektionsrisiken auch bei niedrigen Inzidenzen vorhanden sind und sowohl individuell als auch gemeinschaftlich gesenkt werden können. Beispiel für Szenarien 2-4: Tragen von Masken bei Kontakten so oft es ohne große Unannehmlichkeiten möglich ist, um Infektionsrisiken individuell und gemeinschaftlich zu verringern, auch wenn keine Maskenpflicht herrscht (Max-Plank-Institut 2022b). Sofern Niedriginzidenzphasen in den jeweiligen Szenarien, insbesondere Szenario 4, verlassen werden, ist davon auszugehen, dass eine Maskenpflicht notwendig sein wird.
- Neben der Definition der Maßnahmen muss auch die Adhärenz der Bevölkerung berücksichtigt werden. Zielgruppenspezifische Informationen, Kommunikation durch relevante Role-Models und andere Maßnahmen die die Normen in den jeweiligen Gruppen verändern können, sollten ergriffen werden (vgl. MUG 2021). Kostenaspekte sind hinsichtlich der Adhärenz zu berücksichtigen.
- Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz (insbesondere von Risikogruppen):
  - Vulnerable Personen sollten ihr persönliches Risiko einer Infektion bzw. einer (schweren) Erkrankung unter Berücksichtigung der Therapiemöglichkeiten einschätzen können und wissen,

wie sie sich schützen können. Hinsichtlich der Bedeutung der Kommunikation über Therapiemöglichkeiten siehe Kapitel 8

- Bisher wurde beobachtet, dass die Gesundheitskompetenz bei unterschiedlichen Personengruppen unterschiedlich ausgeprägt ist. Während zum Beispiel bei Personen im Gesundheitsbereich eine hohe Gesundheitskompetenz beobachtet wurde, ist diese vor allem bei Personen in prekären Berufen oder Lebensumständen - die häufig ein erhöhtes Expositionsrisiko haben – geringer (Magnusson et al. 2021).
- Voraussetzung für Maßnahmen, die sich gezielt an vulnerable Personen richten, ist die Verfügbarkeit von Daten zu vulnerablen Gruppen.

Masken

- Masken sind generell als wichtigstes Mittel zum Eigen- und Fremdschutz anzusehen (große Effektivität bei geringer Einschränkung) (Fiotik et al. 2022). Studien weisen in der Bevölkerung die höchste Akzeptanz im Vergleich zu anderen Schutzmaßnahmen wie Personenbeschränkung, Ausgangssperren und Testungen auf (MUG 2021).
  - Die Maskenpflicht als gelindes und effektives Mittel sollte immer möglichst früh eingesetzt werden, sobald ein Aufwärtstrend von Inzidenz/Hospitalisierung verzeichnet wird.
  - Hinsichtlich Kommunikation muss das Wissen in der Bevölkerung verwurzelt werden, dass Masken nicht nur die Menschen in der Umgebung, sondern auch die Trägerin/den Träger schützen (um ca. 50-90% bzw. Faktor 2-10 oder mehr, je nach Maskentyp und Passform). Vulnerable Personen können sich also durch das Tragen von FFP2 Masken auch selbst wirksam schützen (Risikoverringerung während des Tragens um bis zu 90% bzw. Faktor 10 oder mehr). Infektionen erfolgen meist in Situationen, in denen keine Masken getragen werden (z. B. auch während Essen/Trinken) (Fiotik et al. 2022). Bisher sind viele Menschen der unzutreffenden Meinung, dass Masken hauptsächlich zum Schutz der Anderen getragen werden. Dies gilt umso mehr als dass der Hauptantrieb ohnehin der eigene Schutz sein dürfte, wie etwa im Falle der Impfung[2].
  - FFP2 Masken können durch med. MNS (OP-Masken) settingabhängig ergänzt werden (Abaluck et al. 2021):
    - FFP2 Masken sind zwar insgesamt wirksamer als med. MNS, aber neben Aerosolübertragung (< 0,1 mm) spielt auch Tröpfchenübertragung (> 0,1 mm) eine Rolle, gegen die ist eine einfache Bedeckung (z. B. mit einem Schal) ähnlich effektiv wie eine FFP2 Maske.
    - Hinsichtlich Kommunikation und Kontrolle wäre es zwar einfacher, bei FFP2 Maske zu bleiben, aber MNS bzw. freie Wahl bei der Art der Maske (Stichwort "medizinischer MNS") hätte möglicherweise eine höhere Akzeptanz in der Bevölkerung (Bsp. Dt. Bahn: „medizinische Maske" = med. MNS oder FFP2).
    - Neben Effektivität und Akzeptanz sind bei der Entscheidung zwischen MNS oder FFP2 auch noch die Kosten-Nutzen-Frage und der entstehende Abfall zu bedenken.

[2] Siehe Gecko Executive Report betreffend Kommunikation zur Impfung: Hauptantrieb ist der eigene Schutz, nicht der der anderen Menschen.

        - Aus rechtlicher Sicht ist zu bedenken: wenn ein gelinderes Mittel in Form von MNS zur Verfügung steht, kann der Bevölkerung nicht die teurere FFP2 Maske zu Selbstkosten angeordnet werden.
        - Bei der Frage, ob auch Stoffmasken zulässig sein sollten, ist zu bedenken, dass med. MNS leicht zu erkennen ist, Stoffmasken hingegen sind nicht normiert und sehr unterschiedlich.
    - Auf den Nutzen der Maskenpflicht in einzelnen Settings (z. B. Großraumbüros, Fabriken, öffentliche Verkehrsmittel) ist schon bei weniger schlechten Szenarien kaum zu verzichten; gleichzeitig stellt die Umsetzung der allgemeinen Maskenpflicht in Innenräumen eine Herausforderung für die Akzeptanz dar, und selektive Maskenpflichten wiederum eine erhöhte Komplexität. Hierzu existieren konkrete Vorschläge zur Pflicht/Empfehlung zum Gebrauch unterschiedlicher Maskentypen in Abhängigkeit des Settings (Max-Plank-Institut 2022b), gleichzeitig scheint etwa eine pauschale Differenzierung nach Indoor (ggf. abhängig von der Zahl anwesender Personen)/Outdoor und/oder eine pauschale Entscheidung für FFP2 vs. MNS kommunikativ vorteilhaft. Eine weitere Möglichkeit scheint in einer explizit kommunizierten Wahlmöglichkeit zwischen medizinischen Masken (med. Maske oder FFP2) zu liegen. Jedenfalls erscheint es lohnenswert, die Compliance und Wirkung von Maskenpflicht/-empfehlungen durch bestmögliche Berücksichtigung der Wirksamkeit und Akzeptanz von Masken in den jeweiligen Settings durch sozialwissenschaftliche Untersuchungen und eindeutige Kommunikation zu begleiten.

Lüften

- Neben den Masken ist konsequentes und korrektes Lüften szenarienunabhängig als zentrale Maßnahme zu betrachten; konsequente Kommunikation ist dabei wesentlich, gerade im Bildungsbereich.
    - Filteranlagen sind zwar wirksam, aber (außerhalb sensibler Bereiche wie Gesundheitsbereich) unverhältnismäßig aufwändig/teuer und nicht immer notwendig (Max-Plank-Institut 2022a)
    - Kontinuierliche Frischluftzufuhr ist sehr wirksam, besonders bei Quelllüftung (Zuströmen kühler Luft in Bodennähe; Abführen warmer Luft in Deckennähe). Der Lüftungserfolg lässt sich sehr gut mit einfachen CO2-Messgeräten überprüfen, deren Einsatz insbesondere für Klassenzimmer und sonstige Aufenthaltsräume für Personengruppen zu empfehlen sind (Helleis et al. 2022). Auf Praktikabilität und mögliche negative Begleiterscheinungen ist dabei zu achten.

Allgemeine Zugangsregelungen

- Die Inzidenzen in den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen nach Kategorie des Immunschutzes werden immer ähnlicher. Die einzige Gruppe, die nach wie vor eine deutlich niedrigere Inzidenz hat, sind in der Auswertung der AGES diejenigen mit Hybridimmunität „Infektion-induzierte Immunisierung (+/- Impfung), ausreichend“ (AGES 2022).
- Eine Unterscheidung Geimpft/Ungeimpft ist nur bei hoher Wirksamkeit der Impfung gegen Infektion bzw. Transmission zu erwägen. Abhängig vom jeweiligen Szenario bzw. der Virusvariante sollten die potenziellen Effekte von Zugangsregelungen auf Verbreitungs- und Systemrisiko modelliert werden (Krueger et al. 2022).
- Es sollte überprüft werden, ob der Immunstatus auf Grundlage von Impfungen weiterhin als Unterscheidungskriterium für Zugangsregelungen zweckmäßig ist.

- Die Frage der Immunität wird zunehmend akademisch und komplex, da es mittlerweile kaum noch immun-naive Personen, aber eine Vielzahl an verschiedenen möglichen Kombinationen aus immunologischen Ereignissen gibt.
- Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass ein Ende der Unterscheidung zwischen Geimpften und Ungeimpften bei Zugangsregelungen auch dazu beiträgt, die bestehende Spaltung der Gesellschaft wieder zu reduzieren.
- Die Sinnhaftigkeit der Verwendung von Tests als Zugangskriterium ist generell abhängig von:
  - Charakteristika der Virusvarianten: Das serielle Intervall ist bei Omikron im Mittel kürzer als bei vorhergehenden Varianten, wodurch sich der Zeitraum, in dem asymptomatische Infizierte und potenziell infektiöse Personen identifiziert werden können, verkürzt. Damit kann es zwischen Testergebnis und Ablauf der Gültigkeit (PCR-Tests) vermehrt zu Ansteckungen kommen.
  - Leistungsparameter der Tests (Sensitivität/Spezifität: abhängig von Variante, Abstrichart, Probenart und Nachweis-Target).
  - Verfügbarkeit der Tests, technische Möglichkeiten (wie schnell können Testergebnisse zur Verfügung stehen) -> siehe Kapitel Testen/Contact-Tracing

Einschränkungen der Bewegungsfreiheit (national und international)

- Schulschließungen sind nur als Ultima Ratio (ggf. in Szenario 4) anzudenken. Aufgrund der schwerwiegenden Konsequenzen ist das Aufrechterhalten des Schulbetriebs durch möglichst gut vorbereites Home-Schooling anzustreben. Daher ist ein sofortiges/frühzeitiges Vorbereiten des Online-Schoolings inkl. Didaktik, Technik, Leistungskontrolle etc. notwendig.
- Einreisebeschränkungen sollten nur eingesetzt werden, um den Viruseintrag einer neuen besorgniserregenden Variante aus einem Virusvariantengebiet zu verzögern, solange die betreffende Variante noch nicht in Österreich etabliert ist (unter diesem Gesichtspunkt werden generelle Einreisebeschränkungen als wenig sinnvoll erachtet ohne Zero-COVID Strategie).
- Außerdem ist bei punktuellen Einreisebeschränkungen (z. B. bei regional neu auftretenden besorgniserregenden Virusvarianten) zu bedenken, um welches Land es sich handelt. Bei einem europäischen (Nachbar-)Land, mit dem ein hoher grenzüberschreitender Personenverkehr besteht, sind effektive Einreisebeschränkungen kaum umsetzbar. Sinnvoll und machbar sind sie eher bei weiter entfernten Ländern. Hier besteht dann allerdings wieder die Schwierigkeit in der Kontrolle durch die Einreise über Drittländer (z. B. indirekte Flugverbindungen). Ein gesamteuropäischer Ansatz ist vermutlich sinnvoll.

7.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen

Szenario 1

- COVID-19 sollte eine meldepflichtige Krankheit bleiben (solange sich COVID-19 nicht zu einer Krankheit entwickelt, die Eigenschaften aufweist wie z. B. eine saisonale Influenza). Angedacht werden könnte die Abschaffung der undifferenzierten Meldepflicht und die Einführung einer Meldepflicht etwa nur noch für schwere COVID-19 Erkrankungen (siehe Kapitel 6).
- Keine G-Zugangsregelungen
- Keine Einschränkungen der Bewegungsfreiheit

Szenario 2

- In dieser Situation muss noch weiter unterschieden werden: Befinden sich Inzidenz- und Hospitalisierungsraten in Aufwärts- oder Abwärtstrend, bzw. sind sie konstant?
    - Solange kein Aufwärtstrend verzeichnet wird, kann mit Maßnahmen spezifisch zum Schutz der vulnerablen Bevölkerung gearbeitet werden:
        - Maskenpflicht in öffentlichen Verkehrsmitteln, Supermärkten und weiteren Bereichen, die für vulnerable Personen sicher zugänglich sein müssen; die Entscheidung hinsichtlich Maskentyp und Settings sollte dabei sorgsam getroffen werden
        - Masken-Empfehlung in Innenräumen, inklusive Aufklärung und gezielte Kommunikation zum Thema Masken
        - Schutz vulnerabler Personen am Arbeitsplatz:
            - Die Verpflichtung für Arbeitgeber:innen, Konzepte zum Schutz vulnerabler Mitarbeiter:innen zu haben, besteht bereits jetzt, allerdings gestaltet sich das besonders für KMU sehr schwierig.
            - Arbeitgeber:innen sollen Hinweise und Unterstützung beim Schutz der (vulnerablen) Mitarbeiter:innen (Erstellung und Umsetzung von Präventions- und Sicherheitskonzepten) erhalten; z. B. könnten Schulungen über die AUVA angeboten werden.
            - Die Schutzkonzepte sollten über das Arbeitsinspektorat effektiv kontrolliert werden.
            - Problemstellung: Voraussetzung für die Wirksamkeit von solchen Arbeitnehmer:innenschutzkonzepten ist, dass die vulnerablen Personen geschützt werden wollen und ihren Risikostatus bekannt geben.
        - Primärversorgung kontaktiert vulnerable Gruppen proaktiv
    - Bei Aufwärtstrend muss frühzeitig gegengesteuert werden
        - „Vektoren" in vulnerablen Gruppen müssen speziell berücksichtigt werden (vor allem im privaten Bereich und Haushalten, in denen sich die vulnerablen Personen nicht durch das Tragen einer FFP2 Maske schützen können): je nach Infektionslage Maskenpflicht in Schulen, Kindergärten sowie bei Erwachsenen in relevanten Settings (z. B. Arbeitsplatz)
        - → Übergang Richtung Maßnahmen aus Szenario 3

- Keine G-Zugangsregelungen bei stabilem oder Abwärtstrend der Inzidenz und Hospitalisierung
    - Sobald nachhaltige Aufwärtstrends bei Inzidenz und Hospitalisierung verzeichnet werden, sollten Tests als Zugangskriterium wiedereingeführt werden (insbesondere in vulnerablen Bereichen oder risikobehafteten Settings, in denen eine Maskenpflicht nicht umsetzbar ist, z. B. in der Nachtgastronomie oder bei Zusammenkünften ohne zugewiesene Sitzplätze), sofern aufgrund der Varianteneigenschaften eine Effektivität der Maßnahme zu erwarten ist und Testkapazitäten entsprechend verfügbar sind. Sollte sich jedoch wieder eine Situation ergeben, in der deutlich belegbar ist, dass die Impfung oder eine kurz zurückliegende (Zeitraum je nach Evidenz) Genesung auch Schutz vor Infektion mit der vorherrschenden Variante bieten, kann auch die Zugangsregel Genesen oder Geimpft wieder sinnvoll sein[3].
- Keine Einschränkungen der Bewegungsfreiheit

Szenario 3

- Maskenpflicht in Innenräumen inklusive des Arbeitsplatzes

Geeignete Ersatzmaßnahmen dort, wo Maskenpflicht nicht umsetzbar ist (am Arbeitsplatz dort, wo große körperliche Anstrengung erforderlich ist, z. B. Baustelle: Testauflage, an Arbeitsorten technische oder organisatorische Schutzmaßnahmen wie Bilden fester Teams)

- Home-Office für Berufe, die dies erlauben
- Arbeitgeber:innen achten auf Compliance
- Arbeitsinspektorat wird eingebunden (Kontrollen)
- Hochrisikosettings wie etwa Großveranstaltungen ohne zugewiesene Sitzplätze (Hochzeiten, Familienfeiern ab einer bestimmten Größe, Konferenzen oder Nachtgastronomie werden untersagt.
- Einführung von Tests als Zugangskriterium, siehe Szenario 2
- Nächtliche Ausgangssperren
- Bewegungsradius einschränken durch Maßnahmen wie Erfordernis von Ausreisetests aus Hochinzidenzregionen (sollte eine effektive Testmöglichkeit bereitstehen) und strenge Zusammenkunftsregelungen (insbesondere private Treffen inkl. Familienbesuche). Als eine weitere Eskalation kann vorgesehen werden, die Mobilität zwischen Regionen und Städten in einer Aufwärtsphase einzuschränken, damit eine starke Aufwärtsbewegung in einer Region nicht auf andere Regionen übergreift. In der niedrigsten Eskalationsstufe als Empfehlung, in seiner schärfsten Form als stringenter Lockdown.

[3] Vgl. auch Kapitel Impfstoffe und Impfungen

Szenario 4

- Testpflicht für Personal der kritischen Infrastruktur und vulnerabler Bereiche (während eines Lockdowns)
- Ausgehend von einer epidemiologisch-wirtschaftlichen Kosten-Nutzenabwägung ist ein frühzeitiger/kurzer, aber scharfer Lockdown, mit dem Anspruch, eine Wirkung zu erzielen wie "Südeuropäische" Lockdowns (nach dem Vorbild Portugal im Frühjahr 2021) - wenn nicht vermeidbar – vorzuziehen.
- Die gesetzliche Grundlage für die Ausgangsbeschränkung ist verfassungsrechtlich ausgewogen und wurde vom VfGH bestätigt. Das Ziel einer noch stringenteren Reduktion der Mobilität lässt sich auch auf der Grundlage der gesetzlichen Grundlage der derzeitigen Rechtslage realisieren.
- Home-Office Pflicht

Kommentierungen zu Kapitel 7 Non-pharmaceutical Interventions

Ad.	Kommentator	Anmerkung
7.1	**Schmid (SKKM)**	*Link zu den erwähnten Ergebnissen des Austrian Corona Panel Project einfügen.*
7.2	**Schnakl (BMI II/A)**	• *Eine europäische Definition gibt es im Artikel 2 Begriffsbestimmungen der „RICHTLINIE 2008/114/EG DES RATES vom 8. Dezember 2008 über die Ermittlung und Ausweisung europäischer kritischer Infrastrukturen und die Bewertung der Notwendigkeit, ihren Schutz zu verbessern"* • *Im Sinne dieser Richtlinie bezeichnet der Ausdruck* *a) „kritische Infrastruktur" die in einem Mitgliedstaat gelegene Anlage, ein System oder ein Teil davon, die von wesentlicher Bedeutung für die Aufrechterhaltung wichtiger gesellschaftlicher Funktionen, der Gesundheit, der Sicherheit und des wirtschaftlichen oder sozialen Wohlergehens der Bevölkerung sind und deren Störung oder Zerstörung erhebliche Auswirkungen auf einen Mitgliedstaat hätte, da diese Funktionen nicht aufrechterhalten werden könnten;* *b) „europäische kritische Infrastruktur" oder „EKI" eine in einem Mitgliedstaat gelegene kritische Infrastruktur, deren Störung oder Zerstörung erhebliche Auswirkungen in mindestens zwei Mitgliedstaaten hätte. Die Tragweite dieser Auswirkungen wird anhand sektorübergreifender Kriterien bewertet. Dies schließt die Auswirkungen sektorübergreifender Abhängigkeiten auf andere Arten von Infrastrukturen ein;* *(Siehe https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2008.345.01.0075.01.ENG)*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		• *Eine österreichische Definition zu „kritische Infrastruktur“ gibt es in der ÖNORM S 2304 – Integriertes Katastrophenmanagement – Benennungen und Definitionen:* *Kritische Infrastruktur (en critical infrastructure):* • *Einrichtungen, Systeme und Prozesse, deren Ausfall oder Beeinträchtigung auf Grund ihrer besonderen Bedeutung für das Gemeinwesen zur Gefährdung der Ordnung und Sicherheit oder der lebensnotwendigen Versorgung der Bevölkerung führen kann (zur internen Verwendung anbei die ÖNORM)* *Eine weitere Definition findet man im Österreichischen Programm zum Schutz kritischer Infrastrukturen (APCIP) - Masterplan 2014.:* • *Kritische Infrastrukturen im Sinne dieses Masterplans sind jene Infrastrukturen (Systeme, Anlagen, Prozesse, Netzwerke oder Teile davon), die eine wesentliche Bedeutung für die Aufrechterhaltung wichtiger gesellschaftlicher Funktionen haben und deren Störung oder Zerstörung schwerwiegende Auswirkungen auf die Gesundheit, Sicherheit oder das wirtschaftliche und soziale Wohl großer Teile der Bevölkerung oder das effektive Funktionieren von staatlichen Einrichtungen haben würde. (https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/sicherheitspolitik/schutz-kritischer-infrastrukturen.html)* • *Das Programm zum Schutz österreichischer kritischer Infrastruktur wird von DSN (Abteilung II/DSN/S4 Schutz und Sicherheit - Referat Schutz kritischer Infrastruktur) begleitet. Hier sind, mit Stand 2020, 263 nationale und 123 regionale Unternehmen angeführt.* ***Bei der Vorbereitung auf Omikron hat man sich mit BMSGPK auf den Begriff „versorgungskritisches Gesundheits- und Schlüsselpersonal“ geeinigt. (BMI - SKKM)***
7.2	**Schmid (SKKM)**	„Wenn die Gefährlichkeit einer Virusvariante noch nicht evident einschätzbar ist, sollten aus Gründen der Vorsicht Maßnahmen eher früher und weitreichender gesetzt werden.“ • *Dies muss dann jedoch im Vorhinein im Sinne es Stufenplans ordentlich an die Rechtsunterworfenen kommuniziert werden.* „Einreisebeschränkungen sollten nur eingesetzt werden, um den Viruseintrag einer neuen besorgniserregenden Variante aus einem Virusvariantengebiet zu verzögern, solange die betreffende Variante noch nicht in Österreich etabliert ist (unter diesem Gesichtspunkt werden generelle Einreisebeschränkungen als wenig sinnvoll erachtet ohne Zero-COVID Strategie).“

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		• *Stimmt. Einreisebeschränkungen verzögern ein Ausbreiten neuer Varianten nur, aufhalten können sie es nicht. Anzudenken wäre hier zB eine Kombination aus Landeverboten(maximal 5 Tage) und dann sofort eine Verschärfung der Einreisebestimmungen - Stichwort flatten the curve.* „Schwierigkeit in der Kontrolle durch die Einreise über Drittländer (z.B. indirekte Flugverbindungen).“ • *Stimmt, daher müsste auch in der derzeitigen EinreiseVO die Beförderungsbestimmungen anpassen und nur Direktflüge kontrollieren.* „COVID-19 sollte eine meldepflichtige Krankheit bleiben (solange sich COVID-19 nicht zu einer Krankheit entwickelt, die Eigenschaften aufweist wie z. B. eine saisonale Influenza). Angedacht werden könnte die Abschaffung der undifferenzierten Meldepflicht und die Einführung einer Meldepflicht etwa nur noch für schwere COVID-19 Erkrankungen (siehe Kapitel 6)“ • *Diesen Passus würde ich allen Szenarien voranstellen, da er auf alle 4 zutrifft.*
7.4	**Schmid (SKKM)**	• *„Maskenpflicht“ = FFP2 oder MNS?* „Geeignete Ersatzmaßnahmen dort, wo Maskenpflicht nicht umsetzbar ist (am Arbeitsplatz dort, wo große körperliche Anstrengung erforderlich ist, z. B. Baustelle: Testauflage, an Arbeitsorten technische oder organisatorische Schutzmaßnahmen wie Bilden fester Teams)“ • *Hier könnte man zwischen Antigen und PCR unterscheiden bzw. Dauer der Gültigkeit.* „Nächtliche Ausgangssperren“ • *Problem der Kontrollierbarkeit und der Gründe, aus denen ich mich trotz Ausgangssperren aus meinem privaten Wohnbereich bewegen darf, VfGH hat hier die VOs dazu gekippt.* • *Es wäre anzudenken die Szenarien 3 und 4 kumulativ zu sehen, sprich bei Szenario 4 auch die Maßnahmen der Stufe 3 zu haben, sonst macht das mE wenig Sinn.* „Die gesetzliche Grundlage für die Ausgangsbeschränkung ist verfassungsrechtlich ausgewogen und wurde vom VfGH bestätigt.“ • *Würde hier einfügen, dass auch eine Differenzierung geimpft – ungeimpft seitens VfGH als zulässig erkannt wurde in V 23/2022 und V 294/20211.* „Home-Office Pflicht“

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		• *Zu hart, bestimmte Berufe können kein HO machen - ausdrückliche HO Empfehlung wie bereits bekannt mit G am Arbeitsplatz und FFP2-Maskenpflicht bei Kontakt mit Kollegen sinnvoller, siehe vergangene VOs dazu.*
7	**Vorarlberg**	• *Aus der Übersicht „Szenarien – abhängige Maßnahmen" geht nicht hervor, in welchem Szenario/wann die „volle" Meldepflicht wiedereingeführt wird. Beim Bürger wird dies zur Verwirrung führen, wenn Erkrankte zuerst in den Krankenstand gestellt werden, dann zu einem anderen Zeitpunkt eine Absonderung gemäß Epidemiegesetz ausgesprochen wird. Hier sollte bei allen Szenarios eine einheitliche Vorgehensweise durchgeführt werden. Wichtig hierbei ist, dass für die Bürger und die Bezirksverwaltungsbehörden das Vorgehen klar und einfach ist und möglichst wenig Spielraum für Einzelfallbeurteilungen erlaubt. Diese bislang durchgeführten Einzelfallbeurteilungen sind bei hohen Inzidenzen aus personellen Ressourcengründen nicht möglich und bieten Angriffspunkte im Rahmen von Verwaltungsverfahren. Eine individuelle Fallbeurteilung ist in allen Szenarios kaum möglich.* • *Szenarien-spezifische Maßnahmen: Die „interpandemische Zeit" sollte genutzt werden, um die nicht- pharmazeutischen Interventionen zu evaluieren beziehungsweise die Literatur zu diesen Maßnahmen zu sichten.* *Zahlreiche Fragen, unter anderem,* *1. welcher Abstand zur Reduzierung der Übertragungswahrscheinlichkeit eingehalten werden muss (1 m, 1,5 m 2 m?),* *2. welche Masken (MNS, OP-Maske, FFP1, FFP2, FFP3, mit oder ohne Ventil?) tatsächlich erforderlich und vorzuschreiben sind,* *3. ob eine Sperrstunde eine effektive Maßnahme zur Pandemiebekämpfung ist,* *4. ob Lockdowns sinnvoll sind,* *5. ob mechanische Barrieren eine vergleichbare Effektivität wie Masken haben usw.* *sind nach wie vor unbeantwortet.* • *Auch ist die Frage, ob eine Kombination verschiedener Maßnahmen zu einer verbesserten Pandemiebekämpfung führt, nicht beantwortet. Es wird aber in diesem Papier als Tatsache angenommen, dass eine Addition der Maßnahmen zu einem verbesserten Infektionsschutz führt.* • *Den unter „Allgemeine Maßnahmen" angeführten Punkten, dass einfache und nachvollziehbare Regeln geschaffen werden müssen, kann nur zugestimmt werden.*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		• *Unter „Allgemeine Zugangsregelungen“ ist angeführt, dass die Unterscheidung geimpft/ungeimpft nur bei der hohen Wirksamkeit der Impfung gegen Infektion und Transmission zu erwägen ist. Da Untersuchungen gezeigt haben, dass die Impfung keine sterile Immunität hinterlässt und die Transmission nur reduziert, aber nicht verhindert, sind Zugangsregelungen für Ungeimpfte fachlich nicht mehr argumentierbar.*
7.3	**Vorarlberg**	***Szenario 1:*** • *COVID-19 sollte eine meldepflichtige Krankheit bleiben (solange sich COVID-19 nicht zu einer Krankheit entwickelt, die Eigenschaften aufweist wie z. B. eine saisonale Influenza). Angedacht werden könnte die Abschaffung der undifferenzierten Meldepflicht und die Einführung einer Meldepflicht etwa nur noch für schwere COVID-19 Erkrankungen (s. Kapitel 6)* ***Widerspruch zu Seite 32/ Szenario 1:*** 1. *Abschaffung der allgemeinen Meldepflicht in post-pandemischer Phase (gemäß Klassifikation der WHO/ECDC)* 2. *Bestätigte Fälle sowie Kontaktpersonen werden nicht abgesondert oder verkehrsbeschränkt* 3. *Erkrankte Personen befinden sich wie bei anderen Erkrankungen arbeitsrechtlich im Krankenstand mit den entsprechenden Konsequenzen für Arbeitgeber:innen.* • *Eine Meldepflicht nur für schwere COVID-19 Erkrankungen in der Praxis nicht umsetzbar, da „schwer“ nicht definiert ist und die Entscheidung somit im subjektiven Ermessen des behandelnden Arztes/Ärztin liegt. So werden keine validen Daten generiert. Zudem besteht gemäß Epidemiegesetz eine Labormeldepflicht für alle Erkrankungen. Das Labor hat keinerlei Informationen über die Schwere einer Erkrankung.* • *Auch die Meldepflicht für hospitalisierte COVID-19 Patienten ist nicht sinnvoll, da die Spitalsaufnahme eines Covid- Patienten nicht immer aus medizinischen, sondern manchmal aus pflegerischen oder sozialen Indikationen erfolgt. Zudem werden ältere Covid- Patienten oder solche, die an schweren Grunderkrankungen leiden, auf eigenen Wunsch oder auf Wunsch der Angehörigen nicht mehr ins Krankenhaus transferiert.*
7	**Oberösterreich**	• *Der Einsatz von nicht-pharmazeutischen Maßnahmen dient einerseits dem freiwilligen, eigenverantwortlichen Selbstschutz und andererseits im Sinne der Pandemiebekämpfung der Verbreiterung der Infektionswelle zur Abwehr einer*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		Bedrohung der kritischen Infrastruktur. Dementsprechend sollten diese Mittel auch nur für diese Zwecke eingesetzt werden. • *Maßnahmen, die sich im bisherigen Pandemieverlauf für diese Zwecke nicht bewährt haben, müssen daher von Vornherein ausgeschlossen werden.* • *Ein eklatanter Widerspruch ergibt sich aus der Bewertung von Einreisebeschränkungen in das Staatsgebiet als wenig sinnvoll, wohingegen das bereits erwiesen untaugliche und unvollziehbare Instrument der Ausreisekontrollen aus Hochinzidenzgebieten sehr wohl wieder empfohlen wird.* • *Etliche Maßnahmen, die in diesem Kapitel angeführt werden, sind bei realitätsnaher Betrachtung nicht effektiv umsetzbar (z.B. Bewegungsradius einschränken, Regelungen für Familienbesuche, ...)* • *Tests als Zutrittskriterium haben sich als untauglich erwiesen, viel mehr droht der Schaden der Scheinsicherheit zu überwiegen. An dem Befund ändert sich auch dann nichts, wenn das Virus pathogener wird. Ganz im Gegenteil, die Testscheinsicherheit wird dort als noch gefährlicher angesehen.*
7	**Wien**	• *Positiv hervorzuheben ist, dass im Kapitel 7 ein konziser Überblick zu den im Herbst geplanten szenarienabhängigen Maßnahmen gegeben wird.* • *Eine Unterscheidung geimpft/ungeimpft wird im Dokument mit der Begründung abgelehnt, dass beide Gruppen ähnlich infektiös seien. Dies ist grundsätzlich, aber jedenfalls in Hinblick auf zukünftige Virusvarianten, nicht gesichert. Vollständig außer Acht gelassen wird die Tatsache, dass geimpfte Personen mit erheblich geringerer Wahrscheinlichkeit schwer erkranken und spitalspflichtig werden.* • *Die vorgeschlagenen Maßnahmen weisen insbesondere zu Kapitel 6 (Testen) wesentliche Inkongruenzen auf.* • *Es ist aus dem Kapitel nicht ableitbar welche Gebietskörperschaften und Rechtsträger welche Maßnahmen bis wann zu setzen haben.*
7	**WKO**	• *Lockdowns sind jedenfalls zu verhindern.* • *Die kritische Infrastruktur spielt im Zusammenhang mit der Pandemie eine wesentliche Rolle. Eine bundesweit einheitliche Definition der kritischen Infrastruktur ist notwendig, um gezielt etwaig nötige Maßnahmen erlassen zu können.* • *Die 2G Kontrolle – u.a. im Handel – ist als staatliche Aufgabe zu betrachten und soll nicht auf die Bediensteten des Handels ausgelagert werden. Diese sind*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		nicht dafür geschult und mussten sich in der Vergangenheit oft mit aggressiven Kundinnen und Kunden auseinandersetzen. • *Falls es erneut zu einer 3G-Regelung am Arbeitsplatz kommen sollte, wäre die in einer Verordnung oder einem Gesetz ausdrücklich zugelassene Möglichkeit der Datenspeicherung des jeweiligen G-Statuses (geimpft, genesen, getestet) der Beschäftigten eine große Erleichterung für die Arbeitgeber.* • *Wichtig ist auch der ausdrückliche Hinweis in einer Verordnung oder einem Gesetz, dass der Arbeitgeber im Rahmen seiner Fürsorgepflicht zur Verhinderung der Ausbreitung des COVID-19-Virus am Arbeitsplatz auch strengere Maßnahmen – als in der betreffenden COVID-19-Verordnung vorgesehen – anordnen kann.* • *Eine Verpflichtung zu Home-Office wird strikt abgelehnt. Es muss für Unternehmen weiterhin freiwillig die Möglichkeit geben, Home-Office mit den Mitarbeitern zu vereinbaren. Eine Verpflichtung gab es auch in bisherigen Lockdowns nicht und es fehlt die rechtliche Grundlage. Außerdem gibt es zahlreiche Berufe, in denen eine Home-Office-Regelung gar nicht möglich ist. Es ist legistisch ein großer Aufwand zu definieren in welchen Branchen HO möglich ist und in welchen nicht. Selbst mit größter legistischer 5 Genauigkeit wird es nicht möglich sein, sämtliche Branchen zu erfassen. Es werden immer Lücken bleiben, die zu einer Rechtsunsicherheit führen werden. Das Modell der Freiwilligkeit hat sich bereits in den letzten 2 Jahren als sehr tauglich erwiesen. Eine HO-Pflicht würde keine Verbesserung bringen.* • *Eine allfällige Kontrolle des Arbeitsinspektorates im Zusammenhang mit Home-Office wird abgelehnt. Die Privatwohnung der Mitarbeiter kann und darf nicht Gegenstand einer Kontrolle werden. Dies wäre ein unzulässiger Grundrechtseingriff in Art 8 MRK und steht einer Ausdehnung der Kontrollbefugnisse des Arbeitsinspektorates entgegen.*
7	**Tirol**	• *Es fehlen Definitionen: Aufwärtstrend ab wann, Abwärtstrend ab wann* • *Evaluation, ob Impfstatus ein Beschränkungskriterium sein kann/soll und für wen das zu befürworten wäre* • *Szenario 2: Primärversorgung kontaktiert vulnerable Gruppen proaktiv: hierzu braucht es die entsprechende Verpflichtung insb. auch der Ärzteschaft, müssen ev. finanzielle Ressourcen – in der Verantwortlichkeit der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt und vertraglich verhandelt werden*
7.2	**Tirol**	***a) Masken allgemein:*** *Im Dokument wird darauf hingewiesen, dass die FFP2-Maske im Vergleich zum herkömmlichen MNS sowohl einen höheren Fremd- als auch Eigenschutz bietet.*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		Nach der Rechtsprechung des VfGH stellt das Tragen einer Maske jedenfalls einen verhältnismäßig geringen Eingriff in die Freiheitsrechte der Bevölkerung dar, sodass die Normierung einer Maskenpflicht durch den Gesetz- und Verordnungsgeber durchaus flexibel gestaltet werden kann. Die Erfahrungen im Vollzug haben gezeigt, dass mittlerweile auch eine große Akzeptanz in der Bevölkerung hinsichtlich der FFP2-Maske besteht. Vor diesen Hintergründen, und unter der Prämisse, dass der Bevölkerung ein kostenloser bzw. zumindest kostengünstiger Zugang zu FFP2-Masken eingeräumt wird, sollte im Falle von Schutzmaßnahmen und abhängig vom jeweiligen Alter der betroffenen Personen, auch weiterhin jedenfalls auf die Anwendung der FFP2-Maske gesetzt werden. ***b) Masken Szenario 2:*** *Masken-Empfehlung in Innenräumen: Empfehlungen, die in Verordnungen festgeschrieben sind (vgl. § 3 Abs. 5 COVID-19-BMV), werden grundsätzlich kritisch gesehen, da der normative Charakter fehlt und die Auswirkungen auf die Verhaltenssteuerung der Bevölkerung als gering eingestuft wird, wie die Vollzugserfahrung gezeigt hat.* *Maskenpflicht in Kindergärten war bisher rechtlich nicht vorgesehen und wird auch in Zukunft schwer umsetzbar sein, zumal (bislang) die Pflicht zum Tragen einer Maske grundsätzlich erst ab der Vollendung des sechsten Lebensjahres besteht und die Kindergartenkinder naturgemäß diese Altersgrenze nicht erreicht haben. Auch kann es Kindern in diesem Alter wohl nicht zugemutet werden, durchgehend eine Maske zu tragen. Differenzierung zwischen Zusammenkünften ohne zugewiesene und gekennzeichnete Sitzplätze und Zusammenkünften mit zugewiesenen und gekennzeichneten Sitzplätzen wurde in der Vergangenheit bereits kritisch gesehen und sollte daher auch in Zukunft vermieden werden. Bei Zusammenkünften mit zugewiesenen und gekennzeichneten Sitzplätzen ist die Ansteckungs- und Weiterverbreitungsgefahr aufgrund der geringen Durchmischung der Teilnehmer:innen geringer, sodass eine durchgehende Maskenpflicht nicht sinnvoll erscheint. Bei derartigen Zusammenkünften sollte in Anlehnung an die geplanten Maßnahmen bei Zusammenkünften ohne zugewiesene und gekennzeichnete Sitzplätze, welche sich idR durch eine erhöhte Durchmischung der Teilnehmer:innen charakterisieren, zumindest ein Wahlrecht zwischen G-Zugangsregelungen und Maskenpflicht eingeräumt werden.*
7.3	**Tirol**	*Die Home-Office-Pflicht bei Szenario 4 wird in der Praxis schwer umsetzbar sein, da viele Berufszweige eine persönliche Anwesenheit am Ort der beruflichen Tätigkeit erfordern, um die Arbeit verrichten zu können und somit unzählige Ausnahmen geschaffen werden müssten (bspw. für Handwerker:innen etc.).*

8 Therapien

8.1 Therapie und Therapieentwicklung

8.1.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen

Mittels Covid-19-Therapeutika werden unterschiedliche Ziele verfolgt: Infektionen zu verhindern, Hospitalisierungen zu vermeiden, Spitalsaufenthalte zu verkürzen, den Krankheitsverlauf abschwächen (inkl. Leben zu retten) und Long COVID zu vermeiden. Entsprechend der weiteren Variantenentwicklung von Covid-19 wird Bedarf an adäquater Therapie bestehen, der mittels neuer (während der Pandemie zugelassener bzw. noch zu entwickelnder) antiviraler Arzneimittel oder auch mittels Repurposing gedeckt werden könnte.

Eine Reihe von Therapeutika sind bereits zugelassen und werden von der WHO sowie von nationalen Gremien zur Behandlung empfohlen (Agarwal et al. 2020; Kluge et al. 2022; NIH 2022; ÖGAM 2022; RKI 2022). Therapieoptionen beinhalten neben Arzneispezialitäten für schwere Verläufe im intramuralen Bereich nun auch oral verabreichte antivirale Medikamente, die bei rechtzeitiger Abgabe an Risikopatientinnen und -patienten das Hospitalisierungsrisiko senken (siehe Kapitel 8.2 und 8.3 für spezifische Maßnahmen für Arzneimittel im niedergelassenen Bereich und in Krankenanstalten)[4]. Bei Aufkommen neuer Varianten können bestehende Therapien aber ihre Wirksamkeit verlieren, wie am Beispiel reduzierter Wirksamkeit von monoklonalen Antikörpern gegen Omikron deutlich wurde (Planas et al. 2022). Zudem besteht das Risiko zunehmender Resistenzen gegen Monotherapien. Die rasche Entwicklung neuer Therapien und deren Verfügbarkeit auf dem Markt bleiben daher wichtige Elemente der Pandemiebekämpfung. Die Dringlichkeit der Entwicklung neuer Therapeutika angesichts möglicher zukünftiger, systemgefährdender Covid-19-Wellen kann dabei im Widerspruch zur Generierung und sorgfältigen Bewertung von Evidenz, insbesondere hinsichtlich des therapeutisches Zusatznutzens, bestehen. Allerdings ist die Generierung und Bewertung solcher Evidenz für die weiteren Schritte in der Pharmaceutical Value Chain relevant. Die Entwicklung neuer Therapeutika und Generierung und Bewertung relevanter Evidenz sind global wichtige Problemstellungen. Österreich kann hier einzelne Maßnahmen selbst setzen und sich bei anderen auf europäischer oder internationaler Ebene oder durch länderübergreifende Kooperationen (z. B. als Mitglied der Beneluxa-Initiative) für nachhaltige Lösungen einsetzen.

Ziel ist es, benötigte Therapien rasch zu identifizieren, entsprechende Target Product Profiles (TPP) an die Entwickler (einschließlich Public-Private-Partnerships) zu kommunizieren und relevante Evidenz zum therapeutischen Nutzen zu generieren. Ergänzend gilt es, bestehende unterstützende Systeme zur vorzeitigen Evidenzgenerierung (z. B. Horizon Scanning zu Covid-19-Therapien[5]) sowie Nutzenbewertungen (HTA) über

[4] Eine Übersicht zu in Österreich zugelassenen Arzneimitteln ist auf der Webseite des BASG verfügbar: https://www.basg.gv.at/covid-19/covid-19-therapeutika

[5] Siehe hierzu die laufenden Horizon Scanning-Aktivitäten des AIHTA zu Covid-19: https://eprints.aihta.at/1234/

neue Covid-19-Therapien bestmöglich einzubinden und zu nutzen, sowie für eine sichere, effiziente und zielgerichtete Verteilung verfügbarer Arzneimittel zu sorgen.

8.1.2 Allgemeine Maßnahmen

Allgemeine Maßnahmen sind gemäß ihrer Position entlang der Pharmaceutical Value Chain (von Entwicklung bis Abgabe von Arzneimitteln) gereiht.

- Erhebung der Kapazitäten, in Österreich Surveillance zu möglichen beginnenden Resistenzen durchzuführen bzw. Sicherstellung, dass Informationen zu solchen durch internationale Kooperation zeitgerecht verfügbar sind.
- Auf Basis frühzeitiger Identifikation neuer Varianten durch genomic surveillance sowie Informationen zu beginnenden Resistenzen verfügbarer Therapeutika Target Product Profiles (TPP) erstellen, die an Entwickler kommuniziert werden können.
- Schaffung von Rahmenbedingungen für und aktive Teilnahme an Evidenzgenerierung zu vergleichender Nutzenbewertung (direkter Vergleich verfügbarer Therapien), entweder durch Kommunikation an Hersteller:innen im Rahmen von scientific advice durch EMA oder nationale Zulassungsbehörden (Active Comparator Trials statt placebo-kontrollierte Studien) oder durch Schaffen von Infrastruktur für die Durchführung von und Teilnahme an Pragmatic Trials in Routinesettings.[6]
- Frühzeitige Identifikation von neuen Therapien und Folgenabschätzung deren Markteintritts.
- Überführung der Beschaffung von Covid-19-Therapeutika in reguläre Beschaffungs- und Erstattungsprozesse unter Nutzung der Expertise aus bestehenden Prozessen zu Bewertung (inkl. vergleichende Nutzenbewertung durch HTA) und Beschaffung, etwa im DVSV.
- Auf langfristige Perspektive ausgelegte Klärung der Finanzierung und Erstattung von Covid-19 Therapeutika („living with Covid-19“ statt Fortschreibung einer Ausnahmesituation).
- Optimierung der Bedarfsschätzung für Therapeutika je nach epidemiologischer Lage (bezieht sich auf alle vier Szenarien, daher als allgemeine Maßnahme zu verstehen), aber auch unter Rücksichtnahme auf möglicherweise unterschiedliche Bereitschaft in Patientengruppen, verfügbare Medikamente zu nehmen.
- Bereitstellung von Therapeutika bzw. Mitteln zur Finanzierung der Beschaffung von Therapeutika für einkommensschwache Länder, idealerweise koordiniert mit anderen Ländern (z. B. auf EU-Ebene oder durch WHO).
- Transparente Definition von Prioritätsgruppen für Behandlung, falls durch neue Varianten der Bedarf an Therapeutika das Angebot übersteigt, unter Berücksichtigung von a) Nutzen-Risiko-Profilen von

[6] Nach den Beispielen des RECOVERY Platform Trials im Vereinigten Königreich (https://www.recoverytrial.net) und des WHO SOLIDARITY Trials (https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments). Letzterer wird in der EU als DisCoVeRy fortgeführt und – wie auch der EU-SolidAct Trial – über das EU-RESPONSE Projekt koordiniert (https://eu-response.eu)

bestehenden oder neuen Therapeutika (für welche Gruppen ist das Produkt effektiv?), b) möglicherweise veränderte Risikogruppen nach weitgehender Immunisierung der Bevölkerung (z. B. Fokus auf Ungeimpfte), c) sozio-ökonomischen Gesichtspunkten (z. B. durch eine Reserve an Dosen für benachteiligte Gruppen).

8.1.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen

Szenario 2-4

- Wo Resistenzen gegenüber verfügbaren Therapeutika wahrscheinlich sind. Einsatz auf europäischer Ebene für das Setzen von Anreizen für die Entwicklung von neuen Therapeutika (insbesondere orale Kombinationspräparate).

Szenario 4

Einsatz auf europäischer Ebene oder durch bilaterale Abkommen für Strukturen für „pull" Investitionen, um neue Therapeutika frühzeitig auf den Markt zu bringen und somit eine anhaltende Überlastung der Spitalskapazitäten zu verhindern.[7]

8.2 Covid-19-Therapeutika (administration extramural)

8.2.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen

Wenngleich bislang die meisten Covid-19-Therapeutika bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten verabreicht wurden, ist Administration mittlerweile extramural möglich (Einlösung eines von einer/einem niedergelassenen Ärztin/Arzt ausgestellten Rezepts in einer öffentlichen Apotheke, z. B. nirmatrelvir-ritonavir (Paxlovid®)). Aber auch weitere Therapieoptionen (z. B. molnupiravir (Lagevrio®)[8] und remdesivir (Veklury®)) sind prinzipiell intra- und extramural möglich. Je nach Variantenentwicklung und Verfügbarkeit weiterer antiviraler Therapien könnten weitere Covid-19-Therapeutika extramural verabreicht werden und

[7] Beispiele für Modelle, die innovative Therapien belohnen, indem Forschung und Entwicklung von erwartetem Absatz getrennt werden, sind etwa „Award prizes", Advance Purchase Agreements (wie sie auch von der EU für Covid-19-Impfstoffe eingesetzt wurden), oder ein „Abonnementenmodell" („Netflix-Modell"(zur Abnahme bestimmter Mengen bei erfolgreicher Zulassung. (EXPH 2018; Wouters et al. 2021)

[8] Molnupiravir hat derzeit (Stand: 5. Mai 2022) keine Marktzulassung und ist nur über ein compassionate use Programm verfügbar.

insbesondere bei nicht ausreichendem Immunisierungsgrad der Bevölkerung zu einem essenziellen Mittel der Pandemiebekämpfung werden.

Unabhängig vom Setting der Administration (extramural oder intramural) sind ein paar grundsätzliche Voraussetzungen zu gewährleisten: Trotz Dringlichkeit bedarf es eines HTA[9]; weiters sind Fragen zum zukünftigen Beschaffungsprozedere zu klären. Im Falle von extramuraler Administration kommen – im Falle eines regulären Prozederes – Verfahren nach dem Erstattungskodex zur Anwendung. Des Weiteren sind Antworten auf Fragen wie Anwendung von gesetzlich regulierten Großhandels- und Apothekenspannen, Verschreibungsrichtlinien und deren Monitoring sowie Umgang mit allfälligen Lieferengpässen zu finden. Diese Themen sind im Falle einer Krisensituation zunächst nachrangig, sind aber so bald wie möglich mitzubedenken und mittels entsprechender Maßnahmen „einzutakten".

Derzeit stellt sich bei oral verabreichten Covid-19-Therapeutika die Frage nach einem optimierten Prozess zur Verschreibung und Verteilung. Einnahme von Paxlovid® ist bei Erwachsenen, die keine zusätzliche Sauerstoffzufuhr benötigen und ein erhöhtes Risiko haben, einen schweren Covid-19-Verlauf zu entwickeln angezeigt und sollte so schnell wie möglich nach der Diagnose von Covid-19 und innerhalb von 5 Tagen nach Symptombeginn angewendet werden. Es wird daher ein klarer und rasch zu beschreitender Pfad von positivem Test zu Verschreibung und Abgabe benötigt. Dies bedingt zum einen den Willen der hospitalisierungsgefährdeten Patientinnen und Patienten, bei Erkrankungsbeginn mit noch milden Symptomen ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel für den vollen Therapiezyklus zu nehmen. Zum anderen wird von ärztlicher Seite Wissen um verfügbare Therapeutika und angezeigte Indikationen für diese sowie Kompetenz beim Medikationsmanagement von Personen mit oft multiplen Erkrankungen benötigt, um den sicheren Einsatz der Therapeutika sicherzustellen und um Neben- und Wechselwirkungen sowie Resistenzen zu vermeiden.

Ziel ist eine effizient organisierte, qualitätsgesicherte und zielgerichtete sowie gerechte Verteilung von verfügbaren antiviralen Medikamenten an Patientinnen und Patienten, sowie ein nachhaltig aufgebautes System zu Beschaffung, Bewertung, und zielgerichtetem Einsatz neuer Covid-19-Medikamente im extramuralen Bereich.

8.2.2 Allgemeine Maßnahmen

Maßnahmen zur Optimierung des Prozesses zur Abgabe von Covid-19-Therapeutika im extramuralen Bereich:

- Sicherstellung eines niederschwelligen Zugangs zu Tests als Grundlage für die Abgabe von Covid-19-Therapeutika.
- Sicherstellung einer raschen Veranlassung für die Abgabe von Arzneimitteln.
- Schaffung von Strukturen für eine im Bedarfsfall zweigleisige Verschreibung von Covid-19-Therapeutika durch Hausärztinnen und -ärzte (primäre Option) und regionale oder lokale Covid-19-

[9] Siehe dazu auch das Statement über die Notwendigkeit der Nutzenbewertung von Covid-19-Therapeutika vor der Entscheidung über die Erstattung, das von der Beneluxa-Initiative im Herbst 2021 publiziert wurde: https://beneluxa.org/archive#toc-01-oct-2021-assessment-of-covid-19-monoclonal-antibodies-is-needed (Österreich ist Mitglied der Beneluxa-Initiative)

Zentren (ergänzende Option in Hochinzidenzphasen, insbesondere für Patientinnen und Patienten, welche nicht aufgrund von Grunderkrankungen bereits mehrere andere Arzneimittel regelmäßig einnehmen) mit jeweils klaren Standard Operating Procedures zur Diagnose von Covid-19 und Verschreibung von Covid-19 Therapeutika, gegebenenfalls inklusive Risiko-Nutzen-Abschätzung und Abklärung von möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Covid-19-Therapeutika mit anderen Arzneimitteln bei Patientinnen und Patienten mit multiplen Krankheiten (Medikationscheck).

- Breit angelegte Fortbildungsmaßnahmen zur Aufklärung der Ärzteschaft bezüglich verfügbarer Covid-19-Therapeutika, angezeigter Indikationen für diese, ihre möglichen Neben- und Wechselwirkungen sowie zur Verwendung von Algorithmen (aufbauend auf entwickelten Tools) zur Behandlung von Covid-19. Die Fortbildungsmaßnahmen sollten während der erwarteten ruhigen Pandemiephase über den Sommer 2022 passieren und unter Einbindung relevanter Stakeholder:innen (Ärztekammer, Krankenkassen, Fachgesellschaften) entwickelt werden.
- Schaffung eines überregionalen Informationsdienstes für Covid-19-Therapien, an den sich Hausärztinnen und – ärzten bezüglich verfügbarer Therapien, Behandlungsleitpfaden, möglicher Neben- und Wechselwirkungen, sowie logistischer Fragen bezüglich der Abgabe der Therapien wenden können.

Maßnahmen, die auf eine erhöhte Therapie-Bereitschaft betroffener Patientinnen und Patienten abzielen:

- Breit angelegte Informationskampagne für die allgemeine Bevölkerung bezüglich der Verfügbarkeit von effektiven Covid-19-Therapeutika und in welchen Fällen diese angewendet werden (z. B. Start der Therapie mit Paxlovid® muss innerhalb von 5 Tagen nach Symptombeginn erfolgen), unter Beachtung des Arzneimittelgesetzes. Diese sollte unter Berücksichtigung der Vermeidung einer möglichen Unterminierung des Covid-Impfprogramms in Abstimmung mit Informationen zu Impfungen geplant werden.
- Gezielte Information an Personen in Risikogruppen bezüglich Therapieoptionen bei einer möglichen nächsten Welle. Dies erfolgt idealerweise durch ein Vorabgespräch mit der Hausärztin oder dem Hausarzt während eines regulären Arzttermins, bei dem auch bereits eine Abklärung anderer Medikationen stattfinden kann. Andere Kommunikationskanäle, wie Briefe und SMS, sollten unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen sowie des Arzneimittelgesetzes ebenfalls in Betracht gezogen werden.
- Zu Maßnahmen zur Beschaffung und Bewertung von Arzneimitteln siehe Kapitel 8.1.2.

8.2.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen

Szenario 1

- Zugang zu Covid-19-Therapeutika durch reguläres System (niedergelassener Bereich), daher Fokus auf Maßnahmen die an Hausärztinnen und -ärzte gerichtet sind (Fortbildungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte sowie Vorbereitung von Patientinnen und Patienten auf Therapiemöglichkeiten).

Szenarien 2-4

- Zugang zu Covid-19-Therapeutika für Personen in Risikogruppen über Hausärztinnen und -ärzte, um Komorbiditäten und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten adäquat zu berücksichtigen. Diese werden bereits vorab zu Therapiemöglichkeiten informiert, um einen niederschwelligen Zugang sicherzustellen. Insbesondere für Personen, welche nicht bereits multiple andere Medikamente aufgrund von Grunderkrankungen nehmen: Komplementärer Zugang über Covid-19-Zentren (z. B. nach Wiener Modell mit telemedizinischer Versorgung und elektronischer Verschreibung), um eine Überlastung des niedergelassenen Bereichs zu vermeiden.
- Auf der Basis einer allgemeinen Informationskampagne bezüglich der Verfügbarkeit wirksamer Therapeutika (siehe allgemeine Maßnahmen) gesteigerte Intensität, mit der Informationen zu Therapien an die Bevölkerung gegeben werden. Die Intensität, mit der solche Informationen verbreitet werden, sollte dabei an Prognosen zum Infektionsgeschehen orientiert sein und wäre vor allem dann zielführend, wenn das Covid-19-Impfprogramm nicht den erhofften Immunisierungsgrad der Bevölkerung erreicht.

8.3 Covid-19-Therapeutika (administration intramural)

8.3.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen

Der Großteil der Covid-19-Therapeutika wird aktuell – und wahrscheinlich auch zukünftig – intramural verabreicht. Dazu wurde in Österreich ein Verteilsystem (mittels einer zentralen Covid-19-Apotheke, die als „Single Point of Communication“ (SPOC) pro Bundesland fungiert) eingerichtet.

Unabhängig vom Setting der Administration der Arzneimittel (intramural oder extramural) besteht die Herausforderung der Bedarfsschätzung. Weiters könnten Überlegungen über die Form der Beschaffung (gemeinsamer Einkauf auf EU-Ebene wie bei den Covid-Impfstoffen anstelle von individuell als Mitgliedstaat) angestellt werden. Evidenz über den therapeutischen Zusatznutzen der Arzneimittel ist oft nicht verfügbar bzw. bezieht sich auf eine Situation, in der breite Teile der Bevölkerung immunologisch naiv waren. Eine Nutzenbewertung wäre daher angebracht, um eine effiziente und zielgerichtete Verwendung verfügbarer Arzneimittel sicherzustellen, allerdings ist in Österreich kein HTA-Prozess im intramuralen Bereich etabliert.[10] Auch gibt es keine Preisregulierung für in Krankenanstalten eingesetzte Arzneimittel. Beim Einkauf und der Verteilung von Therapeutika an Krankenanstalten bedarf es enger Abstimmung und Kommunikation mit den Anstaltsapotheken. Zur adäquaten Verschreibung von Arzneimitteln werden weiters Fortbildungen angeboten.

Ziel im intramuralen Bereich ist die adäquate Abdeckung des tatsächlichen Bedarfs an Covid-19-Therapeutika mit therapeutischem Zusatznutzen. Im Zuge dieses Ziels sollten daher Fragen nach dem optimalen Weg der

[10] Im Rahmen der „Spital-HEK“, eines Pilotprojekts, wurden einige wenige ausgewählte Arzneispezialitäten in Krankenanstalten mit Unterstützung der Sozialversicherung einem HTA-Prozess unterzogen.

Beschaffung, der Bewertung von Covid-19-Therapeutika zur routinemäßigen Abgabe in Spitälern, und deren Preisen beantwortet werden.

8.3.2 Allgemeine Maßnahmen

- Überführung der Beschaffung von Covid-19-Therapeutika in reguläre Beschaffungsprozesse und Einbindung von unterstützenden Systemen wie Horizon Scanning und Nutzenbewertungen, siehe Kapitel 8.1.2.
- Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte im intramuralen Bereich bezüglich der Nebens- und Wechselwirkungen von Covid-19-Therapeutika mit anderen Arzneimitteln. Dies ist insbesondere wesentlich für Patientinnen und Patienten, bei denen Covid-19 während eines Spitalsaufenthalts aufgrund einer anderen Diagnose festgestellt wurde.
- Raschere Entscheidungsprozesse, (insbesondere in Krisensituationen), siehe auch Kapitel 8.2.1 mit Überlegungen zur entsprechenden Vorbereitung / Planung (z. B. Horizon Scanning).

8.3.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen

Szenarien 3 und 4

- Transparente Definition von Prioritätsgruppen für Behandlung falls durch neue Varianten der Bedarf an Therapeutika das Angebot übersteigt (siehe Kapitel 8.2.3).

Kommentierungen zu Kapitel 8 Therapien

Ad.	Kommentator	Anmerkung
8.2	**Burgenland**	***8.2.2. – Allgemeine Maßnahmen*** • *Die Verschreibung von Covid-19-Medikamenten sollte bei der derzeitigen Infektions- und Nachfragelage nur mehr im niedergelassenen Bereich und in den Spitälern erfolgen. Eine Ausweitung der Verteilungsmöglichkeit (beispielsweise in Zentren) kann bei veränderter und gesteigerter Infektionslage angedacht werden. Mit den derzeitigen Beantragungen von 3 – 5 Medikamenten pro Tag verteilt über das ganze Bundesland kann dies schon alleine deshalb besser von den Hausärztinnen und Hausärzten verschrieben und verteilt werden, da diese die Krankengeschichte der einzelnen Patientinnen und Patienten besser kennen und deren Vertrauen genießen. Damit wäre der Aufwand sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für das einzelne Bundesland deutlich geringer und die Beschaffung und Verteilung hin zu den einzelnen Personen einfacher und zeitsparender.*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		• *Seitens der Fachabteilung wäre eine Informationskampagne der Ärzteschaft und auch der Bevölkerung jedenfalls zu begrüßen. Die Kenntnisse der verschiedenen Arzneimittel und Möglichkeiten sind in beiden Bereichen sehr gering.*
8.2	**Vorarlberg**	***Ad 8.2.2 Maßnahmen zur Optimierung des Prozesses zur Abgabe von COVID-19-Therapeutika im extramuralen Bereich:*** • *Die Sicherstellung eines niederschwelligen und einfachen Zugangs zu Tests als Grundlage für die Abgabe von COVID-19-Therapeutika widerspricht der geplanten restriktiveren Teststrategie des Bundes.* • *Wenn Tests nur mehr eingeschränkt oder kostenpflichtig zur Verfügung stehen, wird das kleine Zeitfenster (fünf Tage) nach einer Infektion oft nicht erkannt und kann nicht genutzt werden. Die Behandlung kann dann erst nach dem Auftreten der Symptome beginnen und ist somit möglicherweise zu spät.* • *Bei der Behandlung mit antiviralen Medikamenten und monoklonalen Antikörpern sollte ein Rückmeldesystem zur Klärung der Frage etabliert werden, wie viele schwere Krankheitsverläufe, Hospitalisierungen und Todesfälle tatsächlich verhindert worden sind.*
8	**Oberösterreich**	• *Breit angelegte Informationskampagnen mit Bezug auf Zielgruppen bedürfen auch der entsprechenden Datengrundlagen. An diesen ist eine Kommunikation bislang aber oft gescheitert, sodass die Schaffung dieser entsprechende Priorität eingeräumt werden muss. Gezeigt hat sich, dass insbesondere ungeimpfte Personen auch der Therapie nicht zugänglich sind. Hier gilt es wirksame Aufklärungskampagnen zu formen.* • *Aus Sicht des Landes Oberösterreich sind möglichst evidenz- und nicht eminenzbasierte Begründungen zu Indikationsstellungen notwendig. Der Weg der HTA Analysen mit entsprechender Nutzen - Risiko - Kosten Abwägungen ist korrekt und wird von uns unterstützt. Es darf nicht mehr vorkommen, dass beispielsweise monoklonale Antikörpergaben propagiert werden und gleichzeitig die CDC bereits die Verabreichung aufgrund nicht mehr gegebener Wirksamkeit bei BA2 zurücknimmt. Dementsprechend ist ein Vorgehen wie HTA vor österreichweiter Verabreichung von zum Teil noch nicht zugelassenen Medikamenten zum Schutz der Patienten und der Verordnenden zwingend notwendig.* • *Eine rasche Verordnung und Verabreichung sind bei den meisten Therapeutika indiziert, um eine Wirksamkeit zu erreichen. Automatisierte Datenverarbeitung - Verknüpfung von Gesundheitsdaten zur Abschätzung des Risikoprofils, Medikationsdaten zur Abschätzung der Wechselwirkungen, des*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		Infektionsstatus, des Impfstatus und der persönlichen Daten wie Alter, Adresse sind die Grundvoraussetzung für einen korrekten und schnellen Ablaufprozess - aus Datenschutzgründen nicht möglich. Eine Anpassung des Datenschutzes ist hierzu eine Grundvoraussetzung, sowie auch für telemedizinische oder automatisierte Verordnungen - in dem Wissen, dass hier auch Therapiefehler viel wahrscheinlicher sein werden (Stichwort: Paxlovid und Wechselwirkungen) und daher medizinisch wohl nicht vertretbar sind. • *Beim erwähnten Zugang über COVID-19-Zentren bleibt offen, was konkret unter solchen verstanden werden kann und wie man sich das im Gesamtsystem konkret vorstellt. Konkret muss bei Therapien klargelegt werden, dass die Impfung den absoluten Vorrang haben muss und Therapien nur für spezifische Zielgruppen eine Lösung darstellen sollen. Irritierend bleibt jedenfalls, dass der Bund nicht mit Regelversorgern plant, sondern mit - nicht existierenden allenfalls noch zu planenden neuen Versorgungszentren. Gerade in Flächenbundesländern wird dieser Zugang als nicht durchführbar angesehen. Einerseits sind vielfach die Reisestrecken zu lang, anderseits war österreichweit zu beobachten, dass spätestens ab Szenario 3 auch das Gesundheitspersonal in einem Ausmaß selbst betroffen ist - durch Infektion, Erkrankung und Betreuungspflichten - sodass selbst die vollständige Aufrechterhaltung der bestehenden Infrastrukturen nicht mehr möglich ist. Zusätzliche Strukturen sind somit, realistisch gesehen, nicht betreibbar.* • *Jedenfalls sind hier auch die Strukturen der Sozialversicherungen einzusetzen. Die Bereitschaft der Sozialversicherung zur Unterstützung dieser sekundärpräventiven Maßnahme ist durch den Bund durchzusetzen.* • *Es müssen Überlegungen angestellt werden, wie der niedergelassene Bereich hier mehr eingebunden werden kann: Informationen, Schulungen, Anreize sind hier, gut durchdacht, auszuhandeln und zu setzen.*
8	**Wien**	• *Der Großteil des Kapitels befasst sich mit Themenstellungen, die eine zeitliche Perspektive mehrerer Jahre haben beziehungsweise z.T. in der Zuständigkeit der Europäischen Union liegen und daher trotz ihrer grundsätzlichen Bedeutung für die Aufgabe, eine Vorbereitung für den Herbst 2022 zu treffen, nachrangig sind.* • *Begrüßt wird der Vorschlag, nach dem Wiener Modell telemedizinische Einrichtungen zu etablieren, welche eine Versorgung mit COVID-19-Arzneimitteln als Ergänzung des niedergelassenen Bereichs sicherstellen.* • *Es ist aus dem Kapitel nicht ableitbar welche Gebietskörperschaften und Rechtsträger welche Maßnahmen bis wann zu setzen haben.*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
8	WKO	• *Auch bei den Therapiemöglichkeiten ist die entscheidende Vorfrage, ob bzw. in welchem Umfang Arzneispezialitäten vorrätig sind und wie lange die Vorräte im Falle des Eintritts für Szenario 3 und 4 im Herbst 2022 ausreichend sind. Die Schwierigkeit liegt hier insbesondere in der Bedarfsschätzung. Dennoch ist die Klärung dieser Frage wichtig für die Vorbereitung auf den Herbst und sollte daher von Experten analysiert/berechnet werden.* • *Die derzeit verfügbaren Therapeutika kommen in speziellen Settings bzw. bei Risikogruppen zur Anwendung. Gerade diese Zielgruppen müssen zielgerichtet informiert werden, dies am besten schon vorab und nicht erst im Falle einer Infektion. Teilweise besteht für den Beginn der Einnahme nur ein kurzes Zeitfenster nach der Infektion. Da diese Gruppen außerdem oft auch an anderen Krankheiten leiden und tlw. mehrere Präparate nehmen müssen, ist eine individuelle Beratung und Absprache mit dem behandelnden Arzt jedenfalls erforderlich. Daher sind Ärzte rechtzeitig mit Informationsmaterial auszustatten.* • *Im extramuralen Bereich ist zu klären, ob es eine öffentliche Beschaffung geben soll oder ob eine Erstattung angestrebt wird. Nach Beendigung der pandemischen Phase könnte eine Erstattung als Vorbereitung für eine Überführung in den „Regelbetrieb" angedacht werden. Dafür ist rechtzeitig mit den betroffenen Unternehmen Kontakt aufzunehmen. Es sollten jedoch Überlegungen angestellt werden, ob die Erstattung für Zeiten einer Pandemie (Szenarien 3 und 4) geeignet ist. Klar ist, dass für die Beschaffung/Erstattung nur Instrumente genutzt werden könne, die auch tatsächlich etabliert sind.*
8	Tirol	• *Keine szenarienspezifische Maßnahmen notwendig* • *Überregionalen Informationsdienst von Seiten des Bundes zur Verfügung stellen z.B. in Form einer Website* • *Bundesweite Infokampagne zu Medikamentenindikation ist notwendig* ***Kapazitäten intramural (S. 93 ff)*** • *Nach den Ausführungen des betreffenden Dokuments sollte das (über-)regionale Krisenmanagement sowie die dahinterstehende Planung flexibilisiert und sollen entsprechende Koordinator:innen zur Gewährleistung des Belagsmanagements ernannt werden (Ärzt:innen mit einschlägiger Fachexpertise in der Intensivmedizin). Dieser Vorschlag ist ebenfalls zu begrüßen. Zu bedenken ist allerdings, dass es hierfür – je nach konkretem Aufgabenbereich – eine Anpassung der Rechtslage bedarf, zumal vor allem das Krankenanstaltenrecht wenig Spielraum in diesem Bereich gibt.*

9 Kapazitäten

9.1 Kapazitäten intramural

9.1.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen

Durch hohe Infektionszahlen und entsprechend virulente Virusmutationen im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie treten (saisonale) Pandemiewellen auf, die einen zusätzlichen Bedarf an Versorgungskapazitäten im intramuralen Bereich nach sich ziehen. Die Planung des Gesundheitssystems hat diesen Zusatzbedarf bislang mittel- bis langfristig nicht erfasst. Neben der physischen Bettenverfügbarkeit stellen sowohl die Auslastung auf Normal- und Intensivstationen sowie abgesondertes Gesundheitspersonal limitierende Faktoren dar. Hier gilt es, neben regelmäßigen Monitoring-Aktivitäten, organisatorische und prozessuale Maßnahmen abzuleiten und die entsprechenden Kapazitäten in den Krankenanstalten (z. B. Betten, Personal, Geräte, Schutzausrüstung) sicherzustellen. Begleitend ergeben sich zentrale Fragen des flexiblen Personaleinsatzes und der flexiblen Kapazitätennutzung. Dabei spielt vor allem die gezielte Schulung eines limitierten Personalstandes eine entscheidende Rolle. Bei Angestellten in Krankenanstalten kann die teilweise geforderte Flexibilität und Zusatzbelastung durch das vermehrte Patientenaufkommen und der Arbeit in Schutzkleidung bei bereits hoher Grundbelastung zu Überlastung führen. Schließlich existiert eine Reihe von regulatorischen Herausforderungen von überregionaler Bedeutung, die auf gesamtstaatlicher Ebene einer Lösung zugeführt werden müssen (bundesländerübergreifende Zusammenarbeit, trägerübergreifende Zusammenarbeit, bundeseinheitliche Triagevorgaben, Behördenvorgänge, Umgang mit Risikosportarten in Hochinzidenzphasen, etc.).

Durch die dynamische Situation der SARS-CoV-2-Pandemie mit unvorhersehbaren Entwicklungen der Virusevolution (Infektiosität, Erkrankungsschwere, Immunflucht) erfordert die intramurale Kapazitäten-Planung eine hohe Flexibilität. Beim Personal fließen zusätzliche Variablen wie Qualifikation, Motivation, Belastung, Krankheit und Absonderungsquoten je nach Pandemiedynamik ein.

Entwurf einer Punktation von Empfehlungen zur Bewältigung eines potenziell verstärkt auftretenden Bedarfs der intramuralen COVID-19-Versorgung bei bestmöglicher Aufrechterhaltung der Regelversorgung mit Einbeziehung der Faktoren Monitoring, Organisation und Prozesse, Personal und Ausbildung, sowie regulative Maßnahmen.

9.1.2 Allgemeine Maßnahmen

Monitoring

- Ein Monitoring der aktuellen Entwicklung der Hospitalisierten einschließlich Immunstatus, Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen etc. soll via Hospitalisierungsregister und laufender täglicher Ländermeldungen an das BMSGPK-Erhebung (durch den Krisenstab, S4) sichergestellt werden.

- Einer laufenden/tagesaktuellen Erhebung mit Informationen zu tatsächlich verfügbaren/betreubaren Intensivplätzen wird hohe Priorität zugesprochen. Vor allem in systemgefährdenden Wellen muss die Information von betriebsbereiten Betten (im Idealfall nach Bettenkategorie mit gesicherter Personalausstattung und dem nötigen Equipment zur Beatmungstherapie (nicht-invasiv und invasiv)) tagesaktuell zur Verfügung stehen (digitales ICU-Register[11]).

Organisation und Prozesse

- Unabhängig vom weiteren Pandemieverlauf sollten Schutz- und Hygienemaßnahmen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung folgend weiterentwickelt werden (z. B. Schutzausrüstung, Mindestabstand, Hygiene, etc.).
- Analog zur laufenden Gesundheitsreform sollte der höchstmöglichen Ambulantisierung von Leistungen ohne Qualitätsverlust (ambulant vor stationär wo möglich, Ausbau von tagesklinischen und ambulanten Strukturen) hohe Priorität eingeräumt werden, um möglichst kurze Aufenthalte in Krankenanstalten zu ermöglichen, damit Ressourcen gewonnen und nosokomiale Infektionen reduziert werden können.
- Ebenfalls analog zur laufenden Gesundheitsreform sollte der Ausbau von zentralen ambulanten Erstversorgungseinheiten (ZAE) vorangetrieben werden, um die Patientensteuerung bestmöglich zu unterstützen und im Bedarfsfall die Kapazitäten nicht unnötig zu belasten.

(Über-)regionales Krisenmanagement, Planung

- Stufenpläne sollten in allen Bundesländern in Abhängigkeit von der Inzidenzlage und von den Hospitalisierungsraten für ein schrittweises Zurückfahren der Regelversorgung erstellt werden.
- Stufenpläne für die Bereitstellung von zusätzlichen Kapazitäten sollten für den Bedarfsfall sichergestellt werden (Rehaeinrichtungen, Barackenspitäler, Heeresspitäler, etc.).
- Eine Optimierung vorhandener Strukturen für zukünftige "Katastrophenfälle" (Pandemie; Hitzewellen; Naturkatastrophen) erscheint notwendig. Eine personelle Mindestausstattung von Aufwachräumen, eine Erweiterung von IMCU Kapazitäten in einigen Krankenhäusern und ein Anheben der strukturellen Standards auf IMCU und Aufwacheinheiten ist geboten.
- Dringlichkeitskriterien für elektive, verschiebbare Eingriffe sollten bundesweit einheitlich definiert werden. Die Verschiebung von Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Mammographien) sollte die Ultima Ratio darstellen, um dadurch potenzielle Kollateralschäden zu vermeiden. Onkologische-, akut chirurgische, akut neurochirurgische und akut gefäßchirurgische Eingriffe sowie die Transplantationschirurgie (Lunge; Herz) sollten hohe Priorisierung erhalten.
- Um eine einheitliche Qualität der Patientenversorgung zu gewährleisten, sollten Personalschlüssel für bislang nicht definierte Bereiche festgelegt werden (z. B. Aufwachräume).

---

[11] vgl. DIVI https://www.intensivregister.de/#/index

- Die stationären Kapazitäten sollen mit flexiblen Aufrüstungsmöglichkeiten ausgestattet werden (z. B. Umwandlung von Normalpflegebetten zu Intermediate Care Betten, Intermediate Care Betten mit Aufrüstungsoption der Beatmung, Aufwachraumbetten zu Intensivpflegebetten). Geeignete Bereiche könnten zu Hybridbereichen umgebaut werden. Generell sollte bereits in der Planung bzw. im Rahmen von Umbau- oder Neubauarbeiten auf höchstmögliche Flexibilität geachtet werden (z. B. doppelte Anschlüsse, "floating Beds").
- Prozesse für die Integration von vor- bzw. nachgelagerten Strukturen sollen etabliert werden (z. B. Langzeitpflege, Post-ICU Care, Reha, Long COVID). Hierzu bedarf es der Schaffung eines krisenfesten Schnittstellenmanagements unter Berücksichtigung von integrierten Versorgungsansätzen. Ziel ist die Reduktion der Verweildauer auf Intensiv- und Normalstationen. In diesem Kontext muss auch die Notwendigkeit von Ersatzbetreuungseinrichtungen etwa für positiv getestete, demente und/oder pflegebedürftige Personen hingewiesen werden, deren Versorgung insbesondere in der stationären Langzeitpflege unter Wahrung der Sicherheitsstandards herausfordernd ist.
- Speziell geschulte, mobile Einsatzteams - bestehend aus Krisenmanager:innen und weiteren Expert:innen - könnten bei regionaler Betroffenheit rasch entsandt werden und vor Ort beratend zur Verfügung stehen.
- Die Prävention von verhinderbaren ICU-(Wieder)aufnahmen solle durch Früherkennung von kritisch kranken Patient:innen durch den Einsatz von Early Warning Scores (EWS) und „Remote Monitoring“ im Normalstationsbereich sichergestellt werden.
- Spezielle intensivmedizinische Therapien und Expertise (z. B. extrakorporale Verfahren) sollten gezielt unter Berücksichtigung der Versorgungsregionen zentralisiert werden.

Personal und Ausbildung

- Aus Motivations- und Attraktivitätsgründen müssen die Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals verbessert werden, um etwaigen Personalengpässen entgegensteuern zu können.
- Die Kompetenzverteilung des Gesundheitspersonals sollte evaluiert werden und im Bedarfsfall erweitert werden (z. B. Gabe von Infusionen mit entsprechender Schulung bzw. im Rahmen von Krisenlehrgängen).
- Eine strukturierte Aufschulung (z. B. für IMCU) bzw. Umschulung (Fächer) von geeignetem Personal sollte erfolgen, um einen flexiblen Personalpool bzw. flexiblen Personaleinsatz für systemgefährdende Pandemiewellen vorzuhalten. Krisenlehrgänge mit intensivmedizinischen/notfallmedizinischen Basiskompetenzen sollten dafür angeboten werden. Es sind Anreize für die Bereitschaft, sich zusätzliche Qualifikationen anzueignen, vorzusehen.
- Zu jeder Zeit sollte die Erfüllung von (ärztlichen) Ausbildungszielen auch bei allfälligem Einsatz von Personal in Ausbildung zur COVID-19-Betreuung gewährleistet werden. Hierzu sind ausgeglichene Verteilungsschlüssel und ggf. verlängerte Ausbildungszeiten sicherzustellen. Ausbildungs-Methoden könnten um virtuelle Konzepte erweitert und sollten in diese Richtung weiterentwickelt werden.
- Im Zuge der generellen Ausbildung des Gesundheitspersonals sollten Elemente des Katastrophen- bzw. Krisenmanagements inkludiert werden (für sämtliche Gesundheitsberufe).

Regulative Maßnahmen

- Die trägerübergreifende Zusammenarbeit zwischen Krankenanstalten darf insbesondere in systemgefährdenden Phasen der Pandemie nicht durch regulative bzw. finanzielle Hürden erschwert werden. Hierzu sollen entsprechende rechtliche und finanzielle Instrumente, die ein unbürokratisches Patientenmanagement ermöglichen, geschaffen werden.
- Der Ausbau von e-Health-Lösungen soll weiter vorangetrieben werden. Insbesondere in Hochinzidenzphasen haben sich telemedizinische Lösungen bewährt. Hierfür sind rechtliche und finanzielle Grundlagen zu entwickeln bzw. auszubauen (z. B. E-Visite, Videokonsultation und präoperative Aufklärungsgespräche, E-Rezepte, E-Medikation, etc.). Hierfür ist die entsprechende Gesundheitskompetenz beim Personal wie auch in der Bevölkerung zu stärken.
- Für den Bedarfsfall empfiehlt sich die Schaffung von offiziellen, nationalen Triagevorgaben für die intensivmedizinische Patientenversorgung einschließlich Schwellwerten, ab wann eine Verschärfung der Triagekriterien angezeigt erschein (siehe Cheung et al. 2012)

9.1.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen

Organisation und Prozesse

- Entry-Checkpoints sollten in allen Krankenanstalten sichergestellt werden, um die Kontrolle von Patienten:innen und Besucher:innen sicherzustellen. Ausreichend Sicherheitspersonal ist zu berücksichtigen. Diese Maßnahme könnte als Präventionsinstrument auch im Best-Case Szenario nützlich sein. Jedenfalls ergibt sich die Notwendigkeit dieser Maßnahme **ab Szenario 2** rund um mögliche saisonale Peaks und verpflichtend für **die beiden pessimistischeren Szenarien (Szenario 3 und 4).**
- Die Trennung von COVID- und Nicht-COVID-Patienten muss sicherstellt werden durch die Definition von "COVID-Schwerpunkt-Krankenanstalten" (Infektionskrankenanstalten) und/oder Nicht-COVID-Bauteilen in Krankenanstalten. Hierzu ist eine stringente Planung in allen Bundesländern notwendig, die vorsieht, wo die Versorgung je nach Patientenklientel stattfinden soll. Insbesondere die Versorgung von Hochvulnerablen sollte zentral erfolgen (z. B. ONK, TX, GG, Herzchirurgie). Im **Best-Case Szenario (Szenario 1)** erscheint die Notwendigkeit für die Maßnahme nicht gegeben, da COVID-19 als unbedeutende Nebenerkrankung klassifiziert und wie zahlreiche andere nicht meldepflichtige Viren behandelt wird. Dies könnte auch **im günstigen Fall (Szenario 2)** so interpretiert werden. Verpflichtend vorzusehen wäre diese Maßnahme **für die beiden pessimistischeren Szenarien (Szenario 3 und 4).**
- Dauerhafte Strukturen für ein noch zu definierendes, permanentes Ausmaß der COVID-19- Patienten-Versorgung sind sicherzustellen. Die Notwendigkeit der Umsetzung verhält sich wie in der vorangegangenen Maßnahme.
- Arbeiten in fixen Teams, um übergreifende Cluster zu vermeiden. Jedenfalls ergibt sich die Notwendigkeit dieser Maßnahme **ab Szenario 2** rund um mögliche saisonale Peaks und verpflichtend **für die beiden pessimistischeren Szenarien (Szenario 3 und 4).**

(Über-)regionales Krisenmanagement und Planung

- Ein zentrales Belagsmanagement muss in allen Bundesländern und im Bedarfsfall bundeslandübergreifend sicherstellt werden. Hierzu sollen entsprechende Koordinator:innen zur Gewährleistung des Belagsmanagements ernannt werden (Ärzt:innen mit einschlägiger Fachexpertise in der Intensivmedizin). Entsprechende Entlohnung dieser Koordinator:innen sollte sicherstellt werden. Jedenfalls ergibt sich die Notwendigkeit dieser Maßnahme **ab Szenario 2** rund um mögliche saisonale Peaks und verpflichtend **für die beiden pessimistischeren Szenarien (Szenario 3 und 4).**
- Im Falle von intensivmedizinischen Priorisierungsentscheidungen bei Ressourcenknappheit ist eine verpflichtende Triagedokumentation in den Krankenanstalten einzuführen, um die Evaluation klinischer Erfolgsaussichten einer intensivmedizinischen Therapie zu erleichtern und nachvollziehbar zu machen. Jedenfalls ergibt sich die Notwendigkeit dieser Maßnahme **für die beiden pessimistischeren Szenarien (Szenario 3 und 4).**
- Mindestpersonalzahlen für COVID-19-Stationen sollten festgelegt werden, um eine entsprechende Versorgungsqualität gewährleisten zu können. Diese Maßnahme ist **für alle Szenarien** wünschenswert, jedenfalls ergibt sich aber die Notwendigkeit **für die beiden pessimistischeren Szenarien (Szenario 3 und 4).**
- Zur Förderung des effizienten Einsatzes knapper Kapazitäten, sollte die fächerübergreifende Nutzung vorhandener Ressourcen forciert werden, dazu zählt insbesondere die interdisziplinäre Belegung von Stationen in den Krankenanstalten sowohl für die Versorgung von COVID-19-Erkrankten (v.a. bei hoher Infektiosität und schweren Krankheitsverläufen) in eigenen COVID-19-Stationen, als auch für die weitgehend aufrecht zu erhaltende Regelversorgung durch die verschiedenen Fachbereiche. Diese Maßnahme bedeutet im Vergleich zur fachbezogenen Stationsführung zwar eine aufwendigere Belegungsplanung, ist aber generell geeignet, höhere Auslastungsgrade der verfügbaren Betten zu erreichen, womit auch knappes Personal auf weniger Leistungsstandorte konzentriert eingesetzt werden kann. Die Maßnahme ist **für die beiden optimistischeren Szenarien (Szenario 1-2)** zweckmäßig und für die pessimistischeren Szenarien prioritär.

Personal und Ausbildung

- Personallisten mit potenziell zusätzlich rekrutierbarem Personal (z. B. aus Reha-Einrichtungen, Pensionierte, Nostrifikant:innen etc.) sollten geführt und gewartet werden. Zusätzlich sollten im Bedarfsfall rechtliche Erleichterungen bei in Ausbildung stehenden Personen hinsichtlich deren Einsetzbarkeit gewährleistet werden. Entsprechende Schulungen können etwa durch kurzfristige Krisenlehrgänge angeboten werden. Jedenfalls ergibt sich die Notwendigkeit dieser Maßnahme **für die beiden pessimistischeren Szenarien (Szenario 3 und 4).**
- Eine breite Einsetzbarkeit der Berufsgruppen möglichst ist anzustreben. **In den Szenarien 3 und 4** sollte auch Fachpflege in Ausbildung zur Versorgung intramuraler Patient:innen bis zur Entspannung der Situation herangezogen werden. Das Arbeitszeitgesetz sollte in **den Szenarien 3 und 4** entsprechend flexibilisiert werden.

Regulative Maßnahmen

- Risikosportarten sollten in systemgefährdenden Pandemiephasen vermieden werden, um zusätzliche intramurale Kapazitäten für Akutfälle (z. B. durch erlittene Traumata) freizuhalten. Die Notwendigkeit dieser Maßnahme ergibt sich **für die beiden pessimistischeren Szenarien (Szenario 3 und 4).**
- Behördenvorgänge, die den Einsatz von Gesundheitspersonal verzögern könnten, sollten im Bedarfsfall beschleunigt werden („fast lane“) insbesondere in Bezug zu Zulassung, Berufserlaubnis, etc. Die Notwendigkeit dieser Maßnahme ergibt sich **für die beiden pessimistischeren Szenarien (Szenario 3 und 4).**

9.2 Kapazitäten extramural

9.2.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen

Extramural sind Gesundheitsdiensteanbieter:innen mit einer erhöhten Anzahl an infektiösen erkrankten und asymptomatischen Patient:innen sowie COVID-19-Verdachtsfällen konfrontiert. V. a. die Primärversorgung dient als erste Anlaufstelle für von COVID-19 und assoziierten Problemen betroffene Personen. Ein Zusatzaufwand entsteht durch die räumliche sowie zeitliche Trennung von potenziell infektiösen Patient:innen sowie durch (Schnell-)Testungen und den Einsatz von Hygienemaßnahmen und Schutzausrüstungen. Als Alternativen für Verdachtsfälle dienen Testeinrichtungen in anderen Strukturen. Telemedizinische Leistungen haben sich bewährt und sind weiter zu forcieren, bedeuten jedoch durch ein vermehrtes Patientenaufkommen ebenfalls einen Mehraufwand. Aufklärungsarbeit etwa durch die Impfkampagne und die neu entstandene Nachfrage nach Virostatika nehmen zusätzlich Zeit in Anspruch. Entlastungen könnten durch die Übernahme delegierbarer Tätigkeiten (Testung, unspezifische Information, Administratives) in anderen Einrichtungen oder durch andere Gesundheitsberufe entstehen.

Für die Aufrechterhaltung einer angemessen extramuralen Versorgung sind flächendeckend entsprechende Strukturen (im Sinne von Versorgungsangeboten) bei höchstmöglichen Schutzvorkehrungen sicherzustellen. Effektive Infektionsschutzkonzepte sind erforderlich, die im Falle von Notfällen vor Herausforderungen stehen. Zusätzlich gilt es die rechtliche und technische Infrastruktur für den Ausbau telemedizinischer Leistungen zu gewährleisten.

Entwurf einer Punktation von Empfehlungen zur Sicherstellung von flächendeckenden extramuralen Versorgungsstrukturen, die u.a. zur bestmöglichen Bewältigung eines potenziell verstärkt auftretenden Bedarfs der extramuralen COVID-19-Versorgung geeignet sind. Dabei sollte die Aufrechterhaltung der Regelversorgung mit Einbeziehung der Faktoren: Organisation und Prozesse sowie regulativer Maßnahmen gewährleistet sein.

9.2.2 Allgemeine Maßnahmen

Organisation und Prozesse

- Präventions- bzw. Hygienekonzepte (inkl. ausreichend Schutzausrüstung) sollten sichergestellt werden. Hierzu sind verpflichtende Schulungen des Gesundheitspersonals und Kontrollen notwendig.
- Vertretungsregelungen bei Schließung von Ordinationen bzw. Praxen sollten gewährleistet werden.
- Der durchgängigen Aufrechterhaltung von präventionsmedizinischen Maßnahmen (z. B. Vorsorgeuntersuchungen) sollte hohe Priorität eingeräumt werden.
- Prozesse für sekundärpräventive Maßnahmen sollten ausgebaut und verbessert werden (extramurale Abgabe von antiviralen Therapien).
- Die strukturierte und zeitnahe Fortbildung hinsichtlich Behandlungsstandards, neuer Therapien und Impfangeboten (Kommunikation und Aufklärung) sollte forciert werden.
- Die intensivere Nutzung der niedergelassenen, vor allem der primärversorgenden Strukturen im Rahmen der Pandemiebekämpfung sollte analog zur laufenden Gesundheitsreform forciert und ausgebaut werden.
- Wünschenswert wäre eine klare Definition von Funktionen, Zuständigkeiten und Aufgaben der beteiligten niedergelassenen Strukturen (pandemisch, Regelversorgung). Klare Kommunikationswege zwischen allen Partnern (z. B. Parallelstrukturen, Behörden, Gesundheitsdiensteanbieter:innen) sollten geschaffen werden.

Regulative Maßnahmen

- Der Ausbau von e-Health-Lösungen sollte weiter vorangetrieben werden. Insbesondere in Hochinzidenzphasen haben sich telemedizinische Lösungen bewährt. Hierfür sind rechtliche und finanzielle Grundlagen zu entwickeln bzw. auszubauen (z. B. E-Visite, Videokonsultation und präoperative Aufklärungsgespräche, E-Rezepte, E-Medikation, etc.). Dabei ist die entsprechende Gesundheitskompetenz beim Personal wie auch in der Bevölkerung zu stärken. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang die Forcierung von Parallelstrukturen, wie der Hotline 1450 zu nennen.
- Die systematische und verbindliche Einbindung von Vertreter:innen des niedergelassenen Bereichs in nationale und regionale Krisenstäbe sollte sichergestellt werden. Auch sollten extramurale Gesundheitsdiensteanbieter:innen in die Entwicklung von Schutzkonzepten eingebunden werden.
- Es bedarf einer Formalisierung der Regelung für Vorhaltung und Verteilung von Schutzausrüstung. Die Notwendigkeit dieser Maßnahme ergibt sich **ab Szenario 2** rund um mögliche saisonale Peaks und verpflichtend **für die beiden pessimistischeren Szenarien (Szenario 3 und 4).**

9.2.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen

Organisation und Prozesse

- Um Patientenanhäufungen und damit einhergehende, potenzielle Infektionswege zu vermeiden, sollte ein effektives Terminsystems umgesetzt werden. Diese Maßnahme wäre pandemieunabhängig wünschenswert, sollte aber jedenfalls bereits **ab Szenario 2** rund um mögliche saisonale Peaks umgesetzt werden und jedenfalls **in den pessimistischeren Szenarien zum Einsatz kommen.**
- Die zeitliche und/oder räumliche Trennung von Infektiösen und anderen Patient:innen muss in der extramuralen Versorgung bestmöglich gewährleistet sein. Diese Maßnahme wäre pandemieunabhängig wünschenswert, sollte aber jedenfalls bereits **ab Szenario 2** rund um mögliche saisonale Peaks umgesetzt werden und jedenfalls **in den pessimistischeren Szenarien** zum Einsatz kommen.

Regulative Maßnahmen

- Die Rahmenbedingungen (finanziell, Parkmöglichkeiten, etc.) zur Forcierung von Hausbesuchen insbesondere bei COVID-19-Risikogruppen sollten verbessert werden. Diese Maßnahme wäre pandemieunabhängig wünschenswert, sollte aber jedenfalls bereits **ab Szenario 2** rund um mögliche saisonale Peaks umgesetzt werden und jedenfalls **in den pessimistischeren Szenarien** zum Einsatz kommen.

9.3 Kapazitäten Langzeitpflege (Personal, Schutzausrüstung)

9.3.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen

In Langzeitpflegeeinrichtungen wie auch in der häuslichen bzw. mobilen Pflege trifft die Pandemie die mitunter vulnerabelsten Mitglieder der Gesellschaft in mehrfacher Hinsicht. Zum einen stellt eine COVID-19-Infektion ein hohes gesundheitliches Risiko für viele Bewohner:innen bzw. betreute Personen dar und zum anderen wirken langandauernde Kontaktreduktionen aufgrund von pandemiebedingten Schutzmaßnahmen zusätzlich belastend. Bei einer schon vor SARS-CoV-2 angespannten Personalsituation steigt durch Infektionsschutzkonzepte (Testungen, Schutzausrüstung), Krankheit und Absonderung der Aufwand und die Belastung für Beschäftige in der Langzeitpflege. Diese Strukturen sind auch ein zentraler Faktor für die Entlastung von intramuralen Kapazitäten. Das Management von leichten COVID-19-Fällen und asymptomatischen Infektionen in den Einrichtungen bzw. in der häuslichen Pflege verhindert unnötige Hospitalisierungen. Auch die rasche Übernahme von Genesenen ist eine wichtige Erleichterung für Akut-Krankenanstalten, das Schnittstellenmanagement steht allerdings vor Herausforderungen.

Vulnerable Personen in der Langzeitpflege sollen bestmöglich mit entsprechenden Infektionsschutzmaßnahmen unter Beibehaltung der Lebensqualität bzw. der gewohnten Tagesstruktur betreut werden. Bei Überlegungen zur Sicherstellung der Langzeitpflegekapazitäten müssen die Auswirkungen auf die Betroffenen miteinbezogen und prominent thematisiert werden. Daneben sollen krisenfeste

Schnittstellenprogramme geschaffen werden, die den Übergang von akutstationärer in die stationäre bzw. häusliche Langzeitpflege und vice versa gewährleisten.

Entwurf einer Punktation von Empfehlungen zur Sicherstellung und Aufrechterhaltung der Kapazitäten in der Langzeitpflege zur Bewältigung eines potenziell verstärkt auftretenden Pflegebedarfs durch COVID-19 bei bestmöglicher Aufrechterhaltung der Lebensqualität der zu Pflegenden. Miteinbezogen werden folgende Faktoren: Monitoring, Organisation und Prozesse, Personal und Ausbildung sowie regulative Maßnahmen.

9.3.2 Allgemeine Maßnahmen

Monitoring

- Das Monitoring der aktuellen Entwicklung (Inzidenz, Mortalität, Hospitalisierung, Immunisierung) in Langzeitpflege- und Behinderten-Einrichtungen sollte ausgebaut werden.

Organisation und Prozesse

- Unabhängig vom weiteren Pandemieverlauf sollten Schutz- und Hygienemaßnahmen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung folgend weiterentwickelt werden (z. B. Schutzausrüstung, Mindestabstand, Hygiene, etc.).
- Die strikte Trennung von positiv getesteten COVID-19-Fällen und nicht infizierten Personen sollte gewährleistet sein.
- Prozesse für die Integration von vor- bzw. nachgelagerten Strukturen sollten etabliert werden (z. B. Langzeitpflege, Post ICU Care, Reha, Long COVID). Hierzu bedarf es der Schaffung eines krisenfesten Schnittstellenmanagements unter Berücksichtigung von integrierten Versorgungsansätzen. Ein Hauptziel sollte die Reduktion der Verweildauer in Akutkrankenanstalten sein. In diesem Kontext muss auch die Notwendigkeit von Ersatzbetreuungseinrichtungen etwa für positiv getestete, demente und/oder pflegebedürftige Personen hingewiesen werden, deren Versorgung insb. in der stationären Langzeitpflege unter Wahrung der Sicherheitsstandards herausfordernd ist.
- Extramurale Visiten- und Pflegedienste sollten weiterhin forciert werden zur Verhinderung von Hospitalisierungen.
- Speziell geschulte, mobile Einsatzteams - bestehend aus Krisenmanager:innen und weiteren Expert:innen - könnten bei regionaler Betroffenheit rasch entsandt werden und vor Ort beratend zur Verfügung stehen.
- Die rasche Verfügbarkeit von Medikamenten sollte durch entsprechende Medikamentenbevorratung gewährleistet werden, um Engpässe zu vermeiden (Verweis Medikamente/Therapien).

Personal und Ausbildung

- Regelmäßige Schulungen und Kontrolle von Hygiene- und Schutzmaßnahmen (ggf. durch mobile Schulungsteams) für Personal und betreuende Angehörige sollte sichergestellt werden.

- Aus Motivations- und Attraktivitätsgründen sollten die Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals verbessert werden, um etwaigen Personalengpässen entgegensteuern zu können.
- Die Kompetenzverteilung des Gesundheitspersonals sollte (rechtlich) evaluiert und im Bedarfsfall erweitert werden (z. B. Gabe von Infusionen mit entsprechender Schulung bzw. im Rahmen von Krisenlehrgängen).
- Im Zuge der generellen Ausbildung des Gesundheitspersonals sollten Elemente des Katastrophen- bzw. Krisenmanagements inkludiert werden (für sämtliche Gesundheitsberufe).

Regulative Maßnahmen

- Es sollte zu einer verpflichtenden Sammlung und Berücksichtigung der Wünsche der Bewohner:innen und mobil Betreuten für den letzten Lebensabschnitt kommen. Einem verpflichtenden Vorsorgedialog ist hohe Priorität einzuräumen. Ziel ist u. a. die Vermeidung von nicht indizierter bzw. disproportionaler intramuraler Therapie.
- Die Berücksichtigung aller Gesundheitsberufe bei allfälligen Maßnahmen bzw. Verordnungen (insb. Mobile Dienste) muss gewährleistet sein.
- Der Ausbau von e-Health-Lösungen sollte weiter vorangetrieben werden. Insbesondere in Hochinzidenzphasen haben sich telemedizinische Lösungen bewährt. Hierfür sind rechtliche und finanzielle Grundlagen zu entwickeln bzw. auszubauen (z. B. E-Visite, Videokonsultation und präoperative Aufklärungsgespräche, E-Rezepte, E-Medikation, etc.). Dabei ist die entsprechende Gesundheitskompetenz beim Personal wie auch in der Bevölkerung zu stärken.

9.3.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen

Organisation und Prozesse

- Infektionsschutzkonzepte sollten in einer Form gestaltet sein, die eine würdige Aufrechterhaltung der Lebensqualität bzw. Tagesstruktur sowohl in der stationären (inkl. Behinderteneinrichtungen) wie auch in der mobilen Pflege gewährleistet. Je nach Szenario bedarf es dafür **im Best-Case (Szenario 1)** sowie in **Szenario 2** nur sehr geringer Sicherheitsmaßnahmen. Hohe Sicherheitsmaßnahmen sind hingegen in den **pessimistischeren Szenarien** angebracht.
- Entry-Checkpoints in allen Pflegeeinrichtungen sollten zum Schutz der Bewohner:innen gewährleistet werden, um die Kontrolle von Bewohner:innen und Besucher:innen sicherzustellen. Hierfür ist die Berücksichtigung von Einlassmöglichkeiten naher bzw. zentraler Angehöriger sicherzustellen. Je nach Szenario bedarf es dafür **im Best-Case (Szenario 1) sowie in Szenario 2** nur sehr geringer Sicherheitsmaßnahmen. Hohe Sicherheitsmaßnahmen sind hingegen in den pessimistischeren Szenarien angebracht.
- Arbeiten in fixen Teams, um übergreifende Cluster zu vermeiden. Jedenfalls ergibt sich die Notwendigkeit dieser Maßnahme **ab Szenario 2** rund um mögliche saisonale Peaks und verpflichtend **für die beiden pessimistischeren Szenarien (Szenario 3 und 4).**
- Das Heimarztprinzip sollte durchgängig ermöglicht und dessen Finanzierung sichergestellt werden. Die Notwendigkeit dieser Maßnahme ergibt sich **ab Szenario 2** rund um mögliche saisonale Peaks und verpflichtend **für die beiden pessimistischeren Szenarien (Szenario 3 und 4).**

Personal und Ausbildung

- Personallisten mit potenziell zusätzlich rekrutierbarem Personal (z. B. aus Reha-Einrichtungen, Pensionierte, Nostrifikant:innen etc.) sollten geführt und gewartet werden. Zusätzlich sollten im Bedarfsfall rechtliche Erleichterung bei in Ausbildung stehenden Personen hinsichtlich deren Einsetzbarkeit gewährleistet werden. Entsprechende Schulungen sind etwa durch kurzfristige Krisenlehrgänge sicherzustellen. Jedenfalls ergibt sich die Notwendigkeit dieser Maßnahme **für die beiden pessimistischeren Szenarien (Szenario 3 und 4).**

Regulative Maßnahmen

- Behördenvorgänge, die den Einsatz von Gesundheitspersonal verzögern könnten, sollten im Bedarfsfall beschleunigt werden (fast lane) insbesondere in Bezug zu Zulassung, Berufserlaubnis, etc. Die Notwendigkeit dieser Maßnahme ergibt sich **für die beiden pessimistischeren Szenarien (Szenario 3 und 4)**.

Kommentierungen zu Kapitel 9 Kapazitäten

Ad.	Kommentator	Anmerkung
9	**Stöger**	*Im Kapitel wird mehrfach eine nationale Triageregelung erwähnt, die anzustreben wäre. Nun gibt es ja von der ÖGARI eine wiss. Empfehlung und das FASIM-Konsensuspapier (sowie die Stellungnahme der Bioethikkommission). Ich wollte nur darauf hinweisen, dass mir nicht klar ist, ob die Arbeitsgruppe an eine rechtlich verbindliche Regelung gedacht hat, daher meine Anmerkung/Frage:* *Die derzeit bestehenden Empfehlungen haben Indizwirkung für den "Stand der Wissenschaft", was etwa dann relevant wird, wenn Sachverständige im Auftrag der Staatsanwaltschaft tätig werden. Arbeitsrechtliche Instrumente (zB Weisungen) an Spitalärzte in Fragen der Triage von außerhalb des ärztlichen Dienstes wären rechtlich sehr heikel oder man denkt gleich an eine gesetzliche Regelung, was wahrscheinlich am ehesten zur Rechtssicherheit beiträgt, wobei auch hier letztlich wieder auf die Bedeutung fachlicher Empfehlungen verwiesen werden könnte. In Deutschland wird ja in Reaktion auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts eine Regelung nötig werden. Kurzum: Mir ist nicht ganz klar, ob im VMP die Frage des Rechtscharakters dieser Regelungen überhaupt angesprochen werden soll, aber das kann eine heikle Frage werden, je nachdem, wie man es machen will.*
9	**Vorarlberg**	***Intramural:*** • *Wichtig sind die in den Ausführungen (S. 55) erwähnten Aufschulungen von geeignetem Personal für die Intensivbettenpflege und Intensivbehandlung; insbesondere die Durchführung von „Krisenlehrgängen“ ist unabdingbar. Besonders wichtig ist die Forderung, das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz in den Szenarien 3 und 4 zu flexibilisieren (S. 58).* • *Hingegen wird die Festlegung von „Mindestpersonalzahlen für COVID-19-Stationen“ (S. 57) zur Sicherstellung der Versorgungsqualität abgelehnt. Solche Vorschriften gibt es nur in den Intensivbereichen, aber auf keinen „Normalstationen“ – die Länder lehnen solche Vorschriften generell ab (Aus medizinischer Sicht ist mitzuteilen, dass eine Covid-Patientin auf einer Normalstation pflegerisch nicht mehr Arbeit macht, wie ein sonstiger Patient. Aber es besteht ein erhöhter Aufwand des Personals durch das ständige An- und Auskleiden von PSA und eine vermehrte Belastung durch das ständige Tragen einer Schutzkleidung. Dieser Mehraufwand/diese Mehrbelastung sollte im Personalschlüssel einer COVID- Station berücksichtigt werden.)*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		***Extramural**:* • *Die angedachten Maßnahmen im extramuralen Bereich sind zu wenig weitreichend.* • *Die Tatsache, dass die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen nicht selbst für ausreichende Schutzausrüstung gesorgt hatten, sondern diese von den Ländern und den Sozialversicherungsträgern angefordert hatten, darf nicht wieder vorkommen. Jeder niedergelassene Arzt hat selbst dafür Sorge zu tragen, dass er und seine Mitarbeiter über ausreichenden und geeignete Schutzausrüstung verfügt.* • *Weiters haben niedergelassene Ärzte und Ärztinnen in einer Pandemie weiterhin ärztlich tätig zu sein, ein nahezu flächendeckendes „Sich-Verabschieden" vom eigentlichen Versorgungsauftrag – wie insbesondere am Anfang der Pandemie – darf nicht wieder vorkommen. Ein Schließen der Ordinationen und damit eine Verlagerung der Patientenströme in die Ambulanzen muss hinkünftig unterbleiben. Keinesfalls darf hinkünftig Druck auf die Länder ausgeübt werden, dass sie eigene „Infektionsordinationen" errichten und finanzieren müssen. Die Ärztekammern sind für die jeweilige Pandemieorganisation im niedergelassenen Bereich gesetzlich in die Pflicht zu nehmen; sie haben dafür zu sorgen, dass ausreichend Kapazitäten im niedergelassenen Bereich zur Verfügung stehen. Die Ausführungen auf S. 59, wonach Vertretungsregelungen bei Schließung von Ordinationen gewährleistet werden „sollten", werden der Verantwortung der niedergelassenen Ärzteschaft für die Patientenversorgung in keinster Weise gerecht. Die Etablierung eines „effektiven Terminsystems" (S. 60) wäre auch außerhalb von Pandemiezeiten wünschenswert.* ***Pflegeheime**:* • *Wichtig ist die Etablierung eines Heimarztmodells– nicht nur für die Pandemiezeiten.* • *Die Kompetenzverteilung des gesamten Gesundheitspersonal in einer Pandemie sollte evaluiert und angepasst werden. Es sollte szenarienspezifisch eine Erweiterung der Kompetenzen durch Gesundheitspersonal angedacht werden (Impfen durch Apotheker/Apothekerinnen, Infusionsverabreichung durch diplomiertes Pflegepersonal…).*
9	**Oberösterreich**	• *In Regionen ist der Austausch von Daten, wie der ICU Belastung, ab Szenario 3 erforderlich, um gegenseitige Spitzen durch Koordination auszugleichen. Diese Koordination hat aber auf Ebene der Krankenanstalten zu erfolgen. Durch Expertengremien ist österreichweit festzuhalten, welche*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		• *Schutzmaßnahmen als Minimalstandard erforderlich sind. Gerade in Szenarien 3 und 4 wird man einerseits mit vielen COVID-19-Erkrankten, andererseits mit vielen „COVID-19-lnfizierten" mit anderen Gesundheitsproblemen zu tun haben. Für Herbst werden lnzidenzen von 7.000 pro 100.000 Einwohner prognostiziert. Wenngleich das Ausmaß der stationären COVID-19-Erkrankten derzeit unklar ist, bedeutet dies jedoch, dass sich jeder 15. Einwohner pro Woche infiziert. Somit ist auch zu erwarten, dass jeder 15. Krankenhauspatient zumindest eine SARS-CoV- 2 Begleitinfektion hat. Wichtig ist, dass die Krankenhäuser bei der Entlassung von Patienten unterstützt werden, die nicht mehr die Versorgung auf dem Niveau eines Akutkrankenhauses benötigen. Dies gilt sowohl für COVID-19-Erkrankte als auch für andere Krankheitsbilder. Sofortige Übernahme durch APH, mobile Pflege, Short Track übernahmen durch Rehabilitationseinrichtungen sind hier besonders erwähnenswert und notwendig, um die Infrastruktur Krankenhaus zu entlasten. Strukturqualitätskriterien sind in Pandemiephasen Zielwerte, die aber vielfach nicht einzuhalten sind. Dies muss den Krankenanstalten und ähnlichen Einrichtungen ermöglicht werden.*
		• *Die Definition von Dringlichkeitskriterien für Eingriffe ist nicht umsetzbar. Die individuelle Situation und auch die tatsächlichen Möglichkeiten der Krankenhäuser sind zu berücksichtigen. Zentrale Vorgaben werden hier nicht umsetzbar sein und einen Mehraufwand bedeuten. Die Unterscheidung in COVID-19-Krankenanstalten und Nicht-COVID-19-Krankenanstalten ist nicht umsetzbar. Einerseits gibt es viele SARS-CoV-2 Begleitinfektionen, andererseits ist in Zeiten hoher Wellen das Ausmaß zu hoch, um es in einzelnen Häusern zu bewerkstelligen. In Oberösterreich wurden zeitgleich bis zu 152 ICU-Patienten mit einer COVID-19- Erkrankung versorgt. Dies in einzelnen Häusern zu bewerkstelligen ist unmöglich. Zudem muss das Personal rotieren können, um nicht ständig in COVID-lsolierbereichen arbeiten zu müssen. Im Gegensatz zur Meinung im Papier ist es nur in Phasen mit sehr geringer Gesamtbelastung möglich COVID-19 Patienten in einzelnen Krankenanstalten zu isolieren. In Wellen benötigt man zu viele Ressourcen. Zudem zeigt sich, dass es sinnvoll ist, COVID- 19-Erkrankte insbesondere auch in Standardkrankenanstalten zu betreuen, damit in Schwerpunktkrankenanstalten hochspezifische Medizin, beispielsweise onkologische Chirurgie, weiter betrieben werden kann. Das Bilden fixer Teams während einzelner Wellen erscheint kontraproduktiv. Einerseits geraten diese sodann an die Grenzen der Belastbarkeit, andererseits gibt es während der Wellen Belastungen, die die ständige Erweiterung der Teams notwendig machen. Entsprechend sind die Berufsgruppen generell zu schulen. Die bisherige Dokumentation von Therapiezielentscheidungen ist ausreichend. Eine verpflichtende Triagedokumentation ist somit ein*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		entbehrlicher Aufwand. Mindestpersonalzahlen zu definieren ist gut, in den Wellen ist die Umsetzung aber nicht immer möglich. Dementsprechend kann es sich nur um Empfehlungen handeln, ansonsten würden Versorgungsstrukturen ausfallen. • *Szenario 4 wird als Katastrophenszenario beschrieben. Hier von Mindeststrukturqualitätskriterien zu schreiben ist nicht hilfreich und zu hinterfragen. Der Druck wird dadurch nur von höherer Ebene auf die Leistungserbringenden weitergeleitet. Ein Terminsystem im extramuralen Bereich bei akuten Erkrankungen, um Patientenhäufungen und potenzielle Infektionswege zu vermeiden, ist in der Realität oft schwer umsetzbar, wird aber als erstrebenswert angesehen.* • *Der extramurale Bereich ist in der Pandemie besonders gefordert. Neben der Verpflichtung zur akuten Diagnostik und Therapie ist die Teilnahme an Impfprogrammen und COVID-19-spezifischen Therapieprogrammen notwendig. Hausärztliche Visitendienste sind flächendeckend anzustreben, um die extramurale Therapie zu optimieren und Krankenhausaufenthalte zu verhindern. Viele der erwähnten Punkte für den Krankenhausbereich gelten auch für den Langzeitpflegebereich (z.B. Arbeiten in fixen Teams, ...)*
9	**Wien**	• *Das Kapitel geht im Vergleich zu anderen Kapiteln sehr detailliert auf einzelne Themenbereiche ein und greift dabei viele Themen auf, welche ungeachtet ihrer, Wichtigkeit den zeitlichen Horizont der Vorbereitungen für den Herbst deutlich übersteigen. Aufgrund des hohen Detaillierungsgrades werden hier nur einzelne wesentliche Anmerkungen festgehalten.* • *Die vorgeschlagene Trennung von COVID- und Nicht-COVID-Patient:innen (nach Krankenanstalten oder Bauteilen) könnte die Aufrechterhaltung der Betriebsfähigkeit in Hochinzidenz-Szenarien gefährden. Hier ist der Hybrid-Betrieb unter ausreichenden Hygienemaßnahmen essentiell.* • *Fixe Teams und Mindestpersonalzahlen für COVID-Stationen (wie vorgeschlagen) sind gerade in Peaks nicht immer aufrechtzuhalten. Dies gilt äquivalent auch für den Bereich der Langzeitpflege.* • *Die Forderungen nach der Attraktivierung der Arbeitsbedingungen und Ausbildung des Gesundheitspersonals sind löblich, übersteigen den Vorbereitungshorizont für Herbst 2022 jedoch klar. Wünschenswert wäre – dies auch in Bezug auf den Begriff „vulnerable/r Gruppe/Bereich" – auch eine Betrachtung der Einrichtungen der Behinderten-, Flüchtlings- und Wohnungslosenhilfe.*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		• *Zu betrachten wären insbesondere im Bereich der Langzeitpflege auch die Auswirkungen auf die unterstützungsbedürftigen, betroffenen Personen. Eine Reflexion von Maßnahmen zum Schutz und zur Sicherheit von Bewohner*innen ist notwendig, um unbeabsichtigte Kollateralschäden jedenfalls zu minimieren und um wichtige und wesentliche Wertehaltungen der Langzeitpflege auch in eine „nächste Normalität“ überzuführen.*
9	**Tirol**	• *Notwendigkeit von Ersatzbetreuungseinrichtungen etwa für positiv getestete, demente und/oder pflegebedürftige Personen: wäre wünschenswert. Die Praxis hat gezeigt, dass eine Schaffung von Ersatzbetreuungseinrichtungen oft am Personal scheitert und nur dann funktioniert, wenn andere Angebote im Gesundheitsbereich eingeschränkt werden (REHA Zentren).* • *Im Krankenhaus Bereich: einerseits zeitliche und räumliche Trennung von Infektiösen und anderen Patienten gefordert, anderseits interdisziplinäre Belegung zur Aufrechterhaltung der Regelversorgung- ist personaltechnisch nicht umsetzbar (Spezialisierung der Pflege und der Ärzteschaft).* • *Arbeiten in fixen Teams, in der Praxis speziell im stationären Pflegebereich aber auch in Krankenhaus schwer umsetzbar.* • *Mobile Einsatzteams aus Krisenmanager sollten genauer bzgl. des Aufgabenfeldes definiert werden.*

10 Daten und Dateninfrastruktur

10.1 Dateninfrastruktur

10.1.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen

Durch die COVID-19-Pandemie wurde nicht nur in Österreich erneut die zentrale Bedeutung valider und zeitnaher (Gesundheits-)daten ersichtlich. Im Zuge des Krisenmanagements und der wissenschaftlichen Aufarbeitung gilt es unterschiedlichste Daten in hoher Qualität zu erheben, zu verarbeiten und entsprechende Analysen zur Entscheidungsunterstützung und nationalen sowie internationalen öffentlichen Kommunikation anzubieten.

Die Gesundheitsdatenlandschaft in Österreich ist gekennzeichnet von einer historisch gewachsenen Fragmentierung, die durch eine Aufteilung der Gesundheitsdaten auf unterschiedliche Sozialversicherungsträger und Gebietskörperschaften bedingt ist. Dies erschwert die Datennutzung und insbesondere deren Vernetzung.

Einige der bisherigen Imponderabilien sind der Schnelligkeit, in der die erste Umsetzung von Datensammlung, -verarbeitung und deren Verwendung in der Krise erfolgen musste (Stichwort: Absonderungsbescheide) und der teilweise nicht standardisierten Meldeprozesse geschuldet.

Die COVID-19 Pandemie hat die oben erwähnte Fragmentierung sowie den diesbezüglichen Bedarf Österreichs im Bereich von Digitalisierung und Data-Governance sichtbar gemacht. Dies hat die Forderung von Öffentlichkeit und Academia nach einer umfassenden und übergreifenden Nutzung von Gesundheitsdaten zur Entscheidungsunterstützung und wissenschaftlichen Nutzung verstärkt.

Konkrete Entwicklungsfelder waren bzw. sind weiterhin:

- Beschaffenheit der Datenkörper „fit-for-purpose“
- Reduktion und Vernetzung von Datensilos
- Vereinheitlichung der Datenbasis inkl. wesentlicher Definitionen und Meldezeitpunkte
- Technische und juristische Grundlagen für Verknüpfungen bestehender Datensätze/-register
- Erheben der Perspektiven von Bürger:innen sowie von Patientinnen und Patienten und von Outcome-Daten

Konkrete Zielsetzungen sind:

- Übersichtliche Darstellung der verfügbaren Datenkörper und Datenflüsse
- Meldewege unter Einbindung aller relevanten Disziplinen standardisieren, automatisieren und qualitätssichern
- COVID-19 Register in Routineprozess überführen im Sinne eines Echtzeitmonitorings
- Regelmäßiger nationaler Daten-Jour Fixe (Abgleich auf technischer Ebene)

- Datenerfassungs-, -analyse, und Reportingstrukturen standardisieren bzw. normieren (z. B. in Bezug auf Kodierungen, Reduktion von Freifeldern)
- Gewährleistung der Funktion der Datenerfassungssysteme
- Einheitliche Datenkommunikation an Expertinnen und Experten sowie in die Medien (siehe Kapitel 13 Kommunikation)

10.1.2 Allgemeine Maßnahmen

Aufgrund

- der Vorlaufzeiten im Schaffen von Datenkörpern,
- der notwendigen Ausrichtung auf „Spitzenlast“ und
- einer Gewährleistung der Datenqualität

wird von einer szenarienabhängigen Planung abgesehen. Je nach Dringlichkeit können einzelne Maßnahmen aber vorgezogen werden.

Die angedachten Maßnahmen zielen sowohl auf den Bereich der primären (zur Pandemiebewältigung) als auch jenen der sekundären Datennutzung (für Forschungs- und Statistikzwecke) ab und wurden von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Pragmatismus geleitet.

10.2 Daten und Zugang zu Daten

10.2.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen

Ein zentrales Ergebnis der Arbeitsgruppe war, dass Bedarf an einer übersichtlichen und konzisen Darstellung und Beschreibung der derzeit bestehenden Datenkörper und der Zuständigkeit für diesen besteht.

Die folgenden Grafiken basieren auf bisherigen Arbeiten des BMSGPK (inklusive Team Daten des Krisenstabs) und der GÖG (Datenplattform COVID-19 2022; Degelsegger-Márquez 2021) zu diesem Thema und stellen den IST-Stand dar.

Einer der wichtigsten Datenkörper für die Pandemiebewältigung ist das Epidemiologische Meldesystem (EMS), das im Epidemiegesetz geregelt ist.

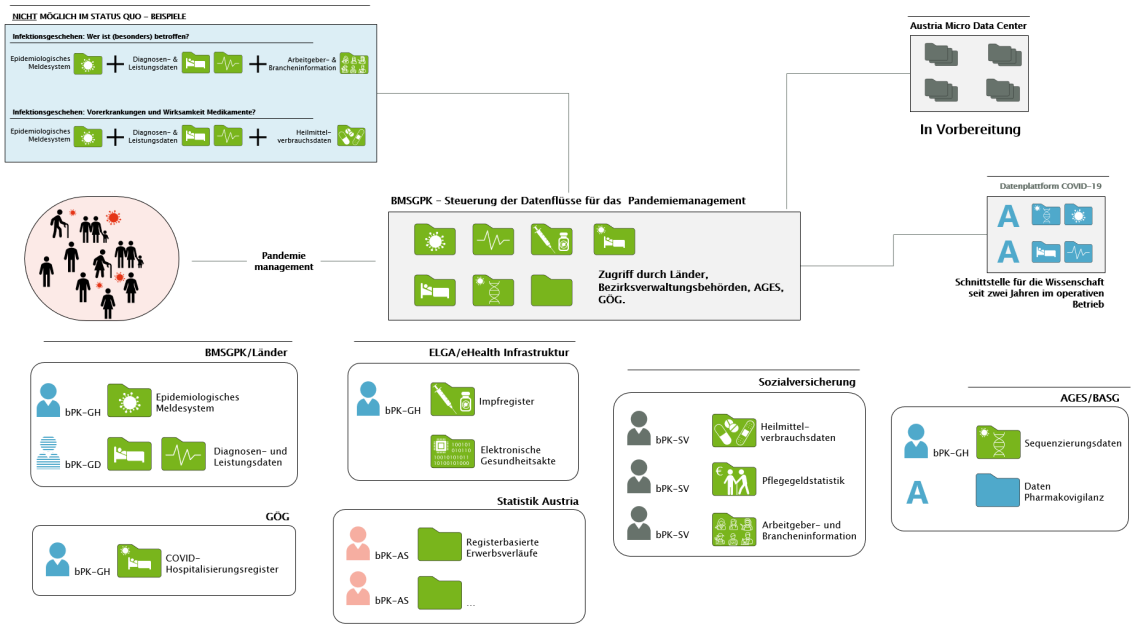
Abbildung 3: Einmeldemöglichkeit in das EMS

Quelle: BMSGPK (2022a)

Nachstehende Abbildung gibt einen Überblick über die für das Covid-19 Pandemiemanagement relevanten Datenkörper im nationalen Kontext mit Stand Ende März 2022.

Informationen zu Pseudonymisierung und Anonymisierung und der Verfügbarkeit relevanter bereichsspezifischer Personenkennzeichen sind ebenfalls dargestellt ("A" steht für anonymisierte Daten). Die Piktogramme geben Aufschluss darüber, welche Datenbestände aktuell für das Pandemiemanagement seitens des BMSGPK zur Verfügung stehen. Relevante aktuell aus unterschiedlichen Gründen (Datenschutz, infrastrukturelle Voraussetzungen, etc.) nicht oder nur teilweise mögliche Datenverknüpfungen sind ebenfalls beispielhaft dargestellt.

Abbildung 4: COVID-19 bezogene Datenkörper in Österreich - Status Quo



Quelle: Analysen im Rahmen der COVID-19 Datenplattform – GÖG-eigene Darstellung

Primär für Forschungszwecke wurde bereits im Juni 2020 die COVID-19 Plattform eingerichtet, bei der sich nationale und internationale Forschungseinrichtungen akkreditieren können. Dort stehen anonymisierte Diagnose- und Leistungsdaten ("XDok") von Patientinnen und Patienten mit Haupt- oder Nebendiagnose COVID, Daten zur COVID-19 Schutzimpfung und ausgewählte SARS-CoV-2-Virusgenomsequenzierungen zur Verfügung.

Ein zentraler, in der Abbildung bereits dargestellter Datenkörper, das COVID-19 Hospitalisierungsregister[12], ist gerade in der Ausrollungsphase, nachdem die entsprechende Verordnung per Ende April 2022 novelliert wurde.

Weiters ist ein generelles Streamlining der bestehenden Datenkörper geplant, um das Potenzial effizient zu nutzen.

Bei der zukünftigen Ausgestaltung der Datenlandschaft ist insbesondere darauf zu achten, dass sich die Weiterentwicklung an den Vorgaben des europäischen Gesundheitsdatenraums, der ebenfalls gerade im Entstehen ist[13], orientiert. Die konkreten Rollen der im Entstehen befindlichen Forschungsdatenbanken (z. B. Austria Micro Data Centre) im Bereich Gesundheitsdaten sind noch zu definieren.

Die Schaffung der technischen, infrastrukturellen, und rechtlichen Voraussetzungen zur Verknüpfung von Datenkörpern hat jedenfalls unter der Voraussetzung der Einhaltung adäquater Datenschutzmaßnahmen zu

[12] RIS - COVID-19-Registerverordnung - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 04.05.2022 (bka.gv.at)

[13] Verordnungsvorschlag über den Europäischen Gesundheitsdatenraum (COM(2022) 197 final) sowie die dazugehörige Mitteilung der Kommission (COM(2022) 196 vom 5. Mai 2022

erfolgen. So ist durch Ausbau von Anonymisierungs- und Pseudonymisierungsmaßnahmen sicher zu stellen, dass der Schutz besonders sensibler Gesundheitsdaten bei der Übermittlung an Forschungseinrichtungen gewährleistet ist.

10.2.2 Maßnahmen

Die folgenden Maßnahmen wurden von der Arbeitsgruppe erarbeitet, wobei die Auflistung keine Priorisierung darstellt.

- Vereinheitlichung der Datenqualitätssicherung und -kommunikation auf technischer und auf strategischer Ebene
  - Umsetzung einer einheitlichen Falldefinition in allen Datenkörpern (den Prozess beginnen)
  - Ausgestaltung der erforderlichen Governancestrukturen für Gesundheitsdaten, unter Einbindung der Bürger:innenperspektive
  - Schaffung einer durchgängigen und automationsunterstützten Dateneinmeldestruktur inkl. geeigneter Qualitätssicherungsprozesse sowie einer engeren Behördenvernetzung.
  - Gemeinsame Datawarehouse Lösungen des Bundes mit seinen zugeordneten Instituten wie GÖG und AGES
  - Zentrale Datenkommunikationsstrategie (z. B. über ein Data Fusion Board (für primary use), und die COVID-Datenplattform oder das Österreichisches COVID-19 Open Data Informationsportal | data.gv.at (secondary use).
- **Vervollständigung** der in Österreich bundesweit zur Verfügung stehenden Datenbasis
  - Übersichtliche Darstellung der Datenlandschaft und der Verantwortlichen.
  - Umsetzung der COVID-19 Hospitalisierungsregister-Verordnung = Bundesweite vollständige Einmeldung in das COVID-19 Hospitalisierungsregister liegt vor, und Prozess einer nachhaltigen Verankerung hat begonnen.
  - Harmonisierung des nationalen Variantenmeldesystems unter Einbindung der internationalen Quellen (ECDC), vgl. Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**11 Surveillance.
  - Etablierung und Nutzbarmachung der niedergelassenen und ambulanten Diagnosedokumentation.
  - Einbindung von Heilmittelverbrauchsdaten.
  - Im Falle einer Teststrategie, die keine flächendeckende, kontinuierliche Testungen vorsieht: Erhebung, Speicherung und geeignete Bereitstellung regelmäßige Stichprobentests vornehmen, vgl. Kapitel 6 Testen).
  - Schaffung von Strukturen eines freiwilligen Datenspendesystems (z. B. „Gesundheits-Mikrozensus“ für Antikörpermonitoring); Verknüpfung von in Studien erhobenen Primärdaten und Routinedaten
  - Erhebung von Outcome Daten

- Schaffung rechtlicher und technischer Grundlagen für die Verknüpfung und Nutzung (inkl. Zugriff) bestehender und zukünftiger (Gesundheits)Daten für das Pandemie-Management in den jeweiligen Szenarien sowie für Wissenschafts- und Forschungszwecke.
    - In den relevanten Datenkörpern das bereichsspezifische Personenkennzeichen Gesundheit (bPK-GH) als einheitliches Personenpseudonym in österreichischen Datenkörpern verwenden (u. a. auch Ausstattung der X-Dok Daten mit der entsprechenden bPK (Anpassung Gesundheitsdokumentationsgesetz).
    - Nachhaltige Strukturen für das COVID-19 Hospitalisierungsregister schaffen (gesetzliche Verpflichtung, automatischer Datenexport aus KIS-/SAP-Systemen, Outcomeorientierung).
    - Klare Regelung welche Stelle für welche Zwecke was verknüpfen darf.
- Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote verbessern
    - Health Data Scientists und -analysts
    - Health Data Stewards
    - Dokumentationsassistenz

Die Arbeitsgruppe hat im Anschluss die drei aus Ihrer Sicht mittelfristig wichtigsten Maßnahmen definiert. Diese Priorisierung kann GECKO bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden.

Kommentierungen zu Kapitel 10 Daten und Dateninfrastruktur

Ad.	Kommentator	Anmerkung
10	**Oberösterreich**	*Die in diesem Kapitel angeführten Forderungen werden in vielen Bereichen begrüßt und unterstützt. Die Aussagen sind aber sehr allgemein gehalten und es geht daraus kein klarer Auftrag an das Gesundheitsministerium hervor um eine Verbesserung der Datenlage zu erreichen. Es wird angeführt, dass die Gesundheitsdatenlandschaft in Österreich von einer historisch gewachsenen Fragmentierung gekennzeichnet ist, die durch eine Aufteilung der Gesundheitsdaten auf unterschiedliche Sozialversicherungsträger und Gebietskörperschaften bedingt ist. Dadurch wird die Datennutzung und insbesondere deren Vernetzung erschwert und eine Verbesserung der Situation ist auch jenseits der Pandemie jedenfalls anzustreben. Ein möglicher Lösungsvorschlag wird hier seitens des Bundes jedoch nicht dargestellt. Das EMS stellt die Grundlage der Pandemiebekämpfung dar. Diese Datenbank ist jedoch in keinster Weise mehr den aktuellen Anforderungen dieser Pandemie gewachsen (Performanceprobleme, mangelnde Kennzahlen, etc.). Wie in der graphischen Darstellung angeführt, bedarf es zur effizienten Analyse der epidemiologischen Lage vieler weiterer Daten (Hospitalisierungszahlen, Diagnose- und Leistungsdaten, Impfstatus, Genesenstatus, Heilmittelverbrauchsdaten, etc.), welche derzeit aus verschiedensten Gründen nicht zur Verfügung stehen oder aber*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		zwar in unterschiedlichen Datenbanken vorhanden sind, aber nicht vernetzt werden dürfen. Aus Sicht des Landes Oberösterreich bedarf es nicht weiterer zusätzlicher Datenbanken, da die Vernetzung und Verschneidung der Daten aus verschiedenen Datenbanken einerseits sehr zeitaufwändig ist und andererseits wiederum eine potentielle Fehlerquelle darstellt. Es wird daher für die Erstellung entsprechender Analysen eine einzige Datenbank (statt des EMS) gefordert, die alle Daten pseudoanonymisiert beinhaltet und bundesweit zur Verfügungsteht. Der hierzu nötige erste Schritt ist die Schaffung der rechtlichen und technischen Voraussetzungen durch den Bund.
10	**Wien**	• *Das Ziel einer besseren Datenqualität und einer besseren Verknüpfbarkeit der Daten ist zu begrüßen. Inwieweit dies kurzfristig für die erwartete Welle im Herbst möglich ist, sei jedoch dahingestellt.* • *Dem Kapitel scheinen eine systematische Analyse und ein systematisches Vorgehen zum Teil zu fehlen:* 1. *Es braucht eine durchdachte IT-Architektur, die die verschiedenen Systeme sinnvoll miteinander verbindet. Diese Aufgabe ist zuerst zu erledigen, erst in der Folge sind weitere Schritte zu setzen. Die Bundesländer sind hier einzubeziehen.* 2. *Die einzelnen Systeme - insbesondere das EMS - benötigen die notwendige Stabilität und Skalierbarkeit. Stand 20220514* 3. *Datenqualität ist durch bewährte Instrumente des E-Government sicherzustellen, das ist in den Quellsystemen (bspw. über die Labor-Verordnung) zu etablieren.* 4. *Es sind standardisierte Schnittstellen notwendig: bis heute fehlen wesentliche Schnittstellen, es fehlen HL7-Standards und die Schnittstellen in den e-Impfpass sind keine standardisierten API-Schnittstellen.* 5. *Wesentliche statistische Daten sind nicht sauber definiert (positivity Rate, Testzahlen, Sterbedaten, usw.) oder liegen nicht für ganz Österreich vor (Gastpatienten, usw.).* 6. *Es ist aus dem Kapitel nicht ableitbar welche Gebietskörperschaften und Rechtsträger welche Maßnahmen bis wann zu setzen haben.*
10	**WKO**	*Die wichtigste Basis für die Etablierung von zielgerichteten, abgestimmten Maßnahmen sind Daten. Die COVID-19-Pandemie hat klar aufgezeigt, dass dafür eine Erhebung, Verknüpfung und pseudonymisierte Auswertung von Gesundheitsdaten – unter Berücksichtigung des Datenschutzes - essentiell ist. Die*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		rasche Umsetzung eines umfassenden Gesundheitsdaten-konzeptes ist von oberster Priorität.
10	**Tirol**	***Datenmanagement**:* • *Aspekt der Bemessung (und evtl. Abgeltung) des entstehenden Aufwandes in den betroffenen Einrichtungen mitbetrachten* • *„Standardisiertes Reporting und Aufbau eines Datengerüsts zum effektiven Monitoring der Immunitätslage in der Bevölkerung" sollte im EMS durch die Erweiterung auf den Verlauf und auf den Outcome (Symptome am Tag 5, stationär ICU, Tod) stattfinden.* ***Kontaktpersonen:*** • *Absonderung auch per Gesetz nach Verständigung der Behörde abzuwickeln, um möglichst den Verwaltungsaufwand bei hohen Zahlen von Neuinfektionen zu reduzieren (zB so rechtlich gestalten, dass keine Bescheide ausgestellt werden müssen)* ***Daten und Infrastruktur (S. 65 ff):*** • *Die Sammlung, Aufbereitung, Aktualisierung und Evidenzhaltung von Daten ist für ein entsprechendes epidemiologisches Monitoring sowie für das Gelingen des Pandemiemanagements an sich von entscheidender Bedeutung. Die gemachten Vorschläge werden daher grundsätzlich begrüßt. Dabei darf jedoch nicht aus den Augen verloren werden, dass die dahinterstehenden Tätigkeiten für die betroffenen Einrichtungen und Stellen (z.B. Krankenanstalten betreffend COVID-19-Registerverordnung) zum Teil sehr zeitaufwändig und mit einem hohen Personalaufwand verbunden sind. Das Datenmanagement sollte daher vom Grundsatz „so viel als notwendig, aber so wenig wie möglich" getragen sein.*

11 Long COVID

11.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen

Long COVID beschreibt Folgen einer COVID-19-Erkrankung, die von wenigen Wochen bis über Monate anhalten können. Vielerorts wird auf die Beschreibungen des britischen NICE[14] verwiesen: Folglich wird der Begriff Long COVID

- bei anhaltenden Symptomen (inkl. neu aufgetretener Symptome) länger als vier Wochen **(„Ongoing-COVID-Syndrom“**) und
- bei mehr als 12 Wochen noch bestehenden oder neu auftretenden Symptomen (als Post-COVID-19-Syndrom bezeichnet), die anders nicht erklärbar sind, verwendet.

Die als Long COVID bezeichnete Symptomatik ist sehr heterogen und kann sich etwa in Müdigkeit / „Fatigue“ (extreme Erschöpfung), Kurzatmigkeit, Kopfschmerzen, Atemwegsbeschwerden, Muskelschmerzen, kognitiven Beeinträchtigungen, Schlafstörungen, psychischen Beschwerden (wie Depression) äußern. Die Intensität reicht von leichten Symptomen bis zu solchen, die sich durch gesundheitliche Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben bzw. in Form von wesentlichen Einschränkungen der Lebensqualität, der mittel- und langfristigen Arbeitsfähigkeit und einer verminderten sozialen Teilhabe äußern können.

Ca. 10 % der Patient:innen entwickeln nach einer akuten COVID-19 Erkrankung eine Long COVID Symptomatik. Insgesamt finden sich allerdings international, je nach Studie, Datenbasis und methodischer Qualität, sehr unterschiedliche Prävalenzgrößen. Laut RKI zeigt ein rezenter „Umbrella Review“ aus März 2022 (Basis 23 Reviews und 102 Primärstudien) (Nittas et al. 2022) eine Prävalenz-Breite von 7,5 % bis 41 %.

Bislang fehlt eine einheitliche internationale Long COVID Definition. Aktuell wird oftmals unter dem Begriff jede gesundheitliche längerdauernde Folge, die nach einer COVID-Erkrankung auftritt, verstanden.

In der Zielsteuerung-Gesundheit wurden im Herbst 2021 Empfehlungen zur Long COVID Versorgung inklusive eines Versorgungspfades erarbeitet („Grundlagenpapier Long COVID Versorgung“). Eine der Grundlagen stellte hierbei die S1-Leitlinie der ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin) zu Long COVID dar, die kontinuierlich aktualisiert wird. Ein ergänzendes Online-Tool für Ärzt:innen (verfügbar im Laufe des Mai 2022), vor allem für jene in der Primärversorgung, soll zur verbesserten Dissemination der Leitlinie beitragen. Im Rahmen von Workshops wurden Anfang 2022 Long COVID Herausforderungen und Hürden mit zentralen Akteur:innen und Betroffenen identifiziert und Empfehlungen zu Daten, Versorgung, Kommunikation und sozialer Absicherung formuliert.

Erst nach Diagnosestellung (Differenzialdiagnose) sollte von Long COVID (im Sinne von funktionellen Folgen) gesprochen werden, denn nicht jede COVID-19 Langzeitfolge (wie z. B. organische Folgen aufgrund von

[14] The National Institute for Health and Care Excellence

krankheitsbedingten Komplikationen bzw. eines schweren Verlaufs, aufgrund der Auswirkungen des Lockdowns, etc.) ist mit Long COVID zu erklären.

Die Differenzialdiagnostik berichteter Symptome ist daher von hoher Bedeutung. Empfehlungen dazu finden sich z. B. in der zuvor genannten S1-Leitlinie.

Zielsetzungen im Kontext Long COVID Versorgung in Österreich

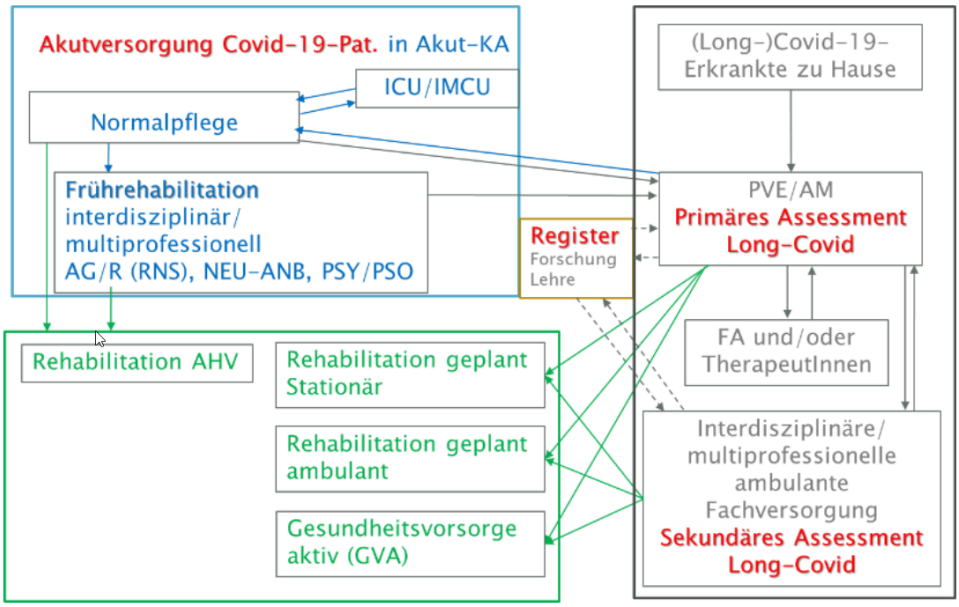
- Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung von Long COVID Betroffenen:
- Dies umfasst vor allem die Primärversorgung und kann bei Bedarf auch Rehabilitationsmaßnahmen und kontinuierliche Weiterbehandlungen erfordern. Zudem können Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung bzw. zur sozialen Absicherung notwendig sein.
- Umfassende Long COVID Fortbildungen für Ärzte und Ärztinnen sind notwendig. Ein multidisziplinärer Ansatz ist hierbei essenziell. Zudem ist ein Informationsangebot für verschiedene Bevölkerungsgruppen erforderlich.
- Eine umfassende einheitliche Datenlage (Register) als Basis für die adäquate Planung der Maßnahmen ist notwendig. Eine systematische Datenerhebung ermöglicht eine Übersicht hinsichtlich der Long COVID Größenordnung (als relevantes Public Health Problem), des Symptomspektrums, der Auswirkungen von Krankenständen, etc.

Allgemeine Maßnahmen

- Erst nach Diagnosestellung (Differenzialdiagnose) sollte von Long COVID/Post COVID (funktionelle Folgen) gesprochen werden, Symptome anderen Ursprungs (u.a. durch Komplikationen der Akuterkrankung, des Lockdowns, der Krisensituation Pandemie) müssen von als Long COVID/Post COVID bezeichneten Zuständen abgegrenzt werden (Problem: öffentliche Berichterstattung)→ Querverweis Kommunikation. Daher scheint es sinnvoll, vor erfolgter Differenzialdiagnostik im professionellen Bereich von „Langzeitfolgen“ der Akuterkrankung zu sprechen.
- Die S1 Leitlinie enthält einen Kernbereich, der sich u.a. mit der Bedeutung der Differenzialdiagnostik bei Long COVID beschäftigt. Hierbei werden folgende Ziele verfolgt:
    - Vermeidung von Über- und Unterdiagnostik: Long COVID Begriff im medizinischen Bereich präzisieren (in der öffentlichen Kommunikation soll jedoch weiterhin von Long COVID gesprochen werden, um keine Unklarheiten zu erzeugen)
    - Identifikation von ursächlich behandelbaren Erkrankungen
    - Einleitung einer angezeigten gezielten Behandlung
- Versorgungsstrukturen und- pfade weiter vorantreiben und diese kommunizieren: Eine Orientierung bietet hierzu das „Grundlagenpapier Long COVID Versorgung“ der Zielsteuerung Gesundheit. Demzufolge wurde die Primärversorgung als Erstanlaufstelle für Long COVID Patientinnen und Patienten definiert. Davon ausgehend soll je nach Art der Symptome und Schweregrad der Erkrankung bei Bedarf eine Zuweisung zur entsprechenden adäquaten Versorgung (z. B. Facharzt/Fachärztin) erfolgen. Bei persistierenden Beschwerden, unklaren Befunden oder weiterem Abklärungsbedarf soll auf multidisziplinäre und multiprofessionelle sekundäre Assessments zurückgegriffen werden können.

Unter „sekundärem Assessment“ ist zu verstehen, dass eine gewisse Anzahl an LC-Patient:innen trotz Abklärung und Behandlungsempfehlungen im niedergelassenen Bereich, anhaltende bzw. unklare Symptome aufweisen bzw. eine speziellere Diagnostik benötigen (z. B. erweiterte kardiopulmonale Funktionsdiagnostik, Bronchoskopie, Liquorpunktion). Zugang zum sekundären Assessment erfolgt durch gezielte Zuweisung aus dem Primärversorgungsbereich. Der Versorgungspfad ist in untenstehender Grafik abgebildet (3).

Abbildung 5: Versorgungspfad



- Long COVID Patientinnen und Patienten sollen zudem Informationen bereitgestellt werden, die eine allgemeine Orientierung zum Themenkomplex Long COVID geben und den Primärversorgungsbereich (Hausarzt bzw. Hausärztin) als erste Anlaufstelle nennen. Diese Informationen werden (ab Mai 2022) u.a. über das Gesundheitsportal (gesundheit.gv.at) angeboten. Zudem sollen Verlinkungen auf Webseiten von Verwaltungen, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen etc gesetzt werden.
- Datenerfassung und Datenerhebung verbessern→ Querverweis Daten
    - Unterscheidung intra-/-extramurale COVID-Patient:innen
    - Post-Intensiv, nach Beatmung bzw. ECMO → zuallermeist ist hier ein Follow-Up (ärztliche Nachkontrolle) gegeben, zusätzlich erhalten die meisten Patient:innen anschließend eine (stat.) Rehabilitation und sind deshalb am besten zu erfassen
    - Die Patient:innen die mit COVID stationär, jedoch nicht auf einer ICU waren, kommen nur zum Teil auch im Laufe der weiteren Betreuung in eine Reha, Ambulanz. Eine Erfassung von Komplikationen auch im nicht-ICU Bereich wäre wünschenswert, da diese einen Einfluss auf den Outcome haben dürfte (Sauerstoffpflichtigkeit, thromboembolische Ereignisse, weitere Komplikationen)

- Patient:innen, die an COVID erkrankt waren und sich zu Hause auskurierten, machen zahlenmäßig die größte Gruppe aus, sind aber systematisch am schwierigsten zu erfassen
- Szenarienunabhängig definieren, wo die Datenerfassung stattfinden kann:
  - Primärversorgung
  - Sekundärassessment-Bereiche (z. B. Spezialambulanzen)
  - Rehabilitationsbereich
- Vorschlag: LC Register in den Bereichen etablieren, an die sich betroffene Patientinnen/Patienten im Gesundheitssystem zuerst (z. B. Primärversorgungsbereich) wenden, Kontrollen stattfinden bzw. diese betreut werden
- Methodiküberlegungen hinsichtlich Datenerfassung:
  - Sentinelpraxen
  - Studien
  - Einheitliche Self-Assessment-Fragebögen (objektiviert durch behandelnde Ärzt:innen)
- Erhebungsqualität bei Self-Assessment bestmöglich sicherstellen:
  - Symptome sowohl Prä- als auch Post COVID abfragen
  - Ärztliche Abklärung anschließen
- Zweck der Datenerfassung
  - Rasche Reaktion in der Versorgung auf sich z. B. verändernde Symptome bzw. Monitoring von Prävalenz- und Inzidenzentwicklungen
  - Schulung der Ärztinnen und Ärzte, um im Versorgungspfad bestmöglich agieren zu können
- Long Covid Datenerfassung kann eine Breitenwirkung für die Erforschung des post-viralen Syndroms generell auslösen.

- Konsequente, intensive Förderung der Steigerung der Impfquote als wichtigstes Instrument zur Prävention von LC
  - Laufende Evaluation (kausaler) Therapieoptionen

11.2 Szenarien-spezifische Maßnahmen

In allen Szenarien ist die Konsequente, intensive Förderung der Steigerung der Impfquote das wichtigste Instrument zur Prävention von LC.

Szenario 1

- Szenarienunabhängige Maßnahmen ergreifen, um Status-Quo zu erfassen (Daten)
- Aufbauend auf Status Quo: Quantitative und qualitative Weiterentwicklung von Versorgungspfaden und Versorgungs-strukturen.

- Qualifizierungsmaß-nahmen, gezielt auch für die AM (Weiterbildung: Ärztekammer, ÖGK, etc. einbeziehen).
- Versorgungspfad als Info für Bevölkerung.
- Anwendung von potenziellen (neuen) (kausalen) Therapie-möglichkeiten.

Szenario 2

- Szenarienunabhängige Maßnahmen ergreifen, um Status-Quo zu erfassen (Daten).
- Aufbauend auf Status Quo: Quantitative und qualitative Weiterentwicklung von Versorgungspfaden und Versorgungs-strukturen.
- Qualifizierungsmaß-nahmen, gezielt auch für die AM (Weiterbildung: Ärztekammer, ÖGK, etc. einbeziehen).
- Versorgungspfad als Info für Bevölkerung.
- Anwendung von potenziellen (neuen) (kausalen) Therapiemöglichkeiten.
- Aufbau von zusätzlichen Kapazitäten zur Betreuung von LC (Ambulanzen, andere Einrichtungen, Reha).

Szenario 3

- Intensivierte präventive Impfaufrufe bzgl. Booster-Impfungen zur bestmöglichen Verhinderung von Long COVID.
- Regelversorgung weiterhin sicherstellen/aufrechterhalten (insbesondere im niedergelassenen Bereich).
- Identifikation behandelbarer Ursachen (Handlungsbedarf) bei anhaltenden Symptomen.
- Aufbau von zusätzlichen Kapazitäten zur Betreuung von LC (Ambulanzen, andere Einrichtungen, Reha), soweit Ressourcen verfügbar.
- Kommunikative De-Eskalation (Quer-Verweis zu Kommunikation).
- Anwendung von potenziellen (neuen) (kausalen) Therapiemöglichkeiten.
- Weiterführen von Maßnahmen Szenario 1 und 2 (Datenerfassung).

Szenario 4

- Intensivierte präventive Impfaufrufe bzgl. Booster-Impfungen zur bestmöglichen Verhinderung von Long COVID.
- Regelversorgung weiterhin bestmöglich sicherstellen/aufrechterhalten (insbesondere im niedergelassenen Bereich).
- Aufbau von zusätzlichen Kapazitäten zur Betreuung von LC (Ambulanzen, andere Einrichtungen, Reha), soweit Ressourcen verfügbar.
- Kommunikative De-Eskalation (Quer-Verweis zu Kommunikation) Impfung und Erforschung post-virales Syndrom).
- Anwendung von potenziellen (neuen) (kausalen) Therapiemöglichkeiten.

- Weiterführen von Maßnahmen Szenario 1 und 2 (Datenerfassung).

Kommentierungen zu Kapitel 11 Long Covid

Ad.	Kommentator	Anmerkung
11	**Vorarlberg**	*Hier sollte zusätzlich aufgenommen werden, dass in jedem Bundesland eine Long-COVID Koordinationsstelle einzurichten ist.*
11	**Oberösterreich**	• *Zur Diagnosestellung ist eine klare Definition der Erkrankung erforderlich. Die Behandlung von Long COVI D ist keine Domäne des Krankenhausbereichs, weshalb von Long COVID Ambulanzen in Akutkrankenanstalten abgesehen werden muss. Der Aufbau von extramuralen, spezialisierten Einrichtungen ist - sofern die im Papier geschilderten Zahlen korrekt sind - sinnvoll. Die Long COVID Symptomatik ist vielschichtig, weshalb die Behandlung in eigenen Rehabilitationseinrichtungen zu hinterfragen ist. Die Betreuung in geeigneten Einrichtungen, je nach prädominierender Symptomatik, erscheint sinnvoller.* • *Für ein erwähntes LC-Register ist unklar, welche Daten dort einfließen sollen, wer die Verantwortung für die Führung des Registers trägt und welchen Nutzen dieses Register bringen kann. Die Szenariendarstellung erscheint in Zusammenhang mit Long COVID Erkrankungen nicht sinnvoll, da die Erkrankung nur indirekt mit den aktuellen Fallzahlen zusammenhängt. Die Versorgung muss sich nach dem Behandlungsbedarf von Long COVID-Erkrankten richten, unabhängig vom vorherrschenden Szenario.*
11	**Wien**	• *In der Unterlage werden die Auswirkungen von Long COVID auf Kinder nicht thematisiert, die in der Literatur sowohl organisch, neurologisch als auch psychisch beschrieben worden sind.* • *Es wird in der Unterlage nicht thematisiert, welche Auswirkungen die Impfung in Hinblick auf das Auftreten von Long COVID Symptomen hat. Dementsprechend werden keine diesbezüglichen Maßnahmen abgeleitet.* • *Es ist aus dem Kapitel nicht ableitbar welche Gebietskörperschaften und Rechtsträger welche Maßnahmen bis wann zu setzen haben.*

12 Psychosoziale Gesundheit

12.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen

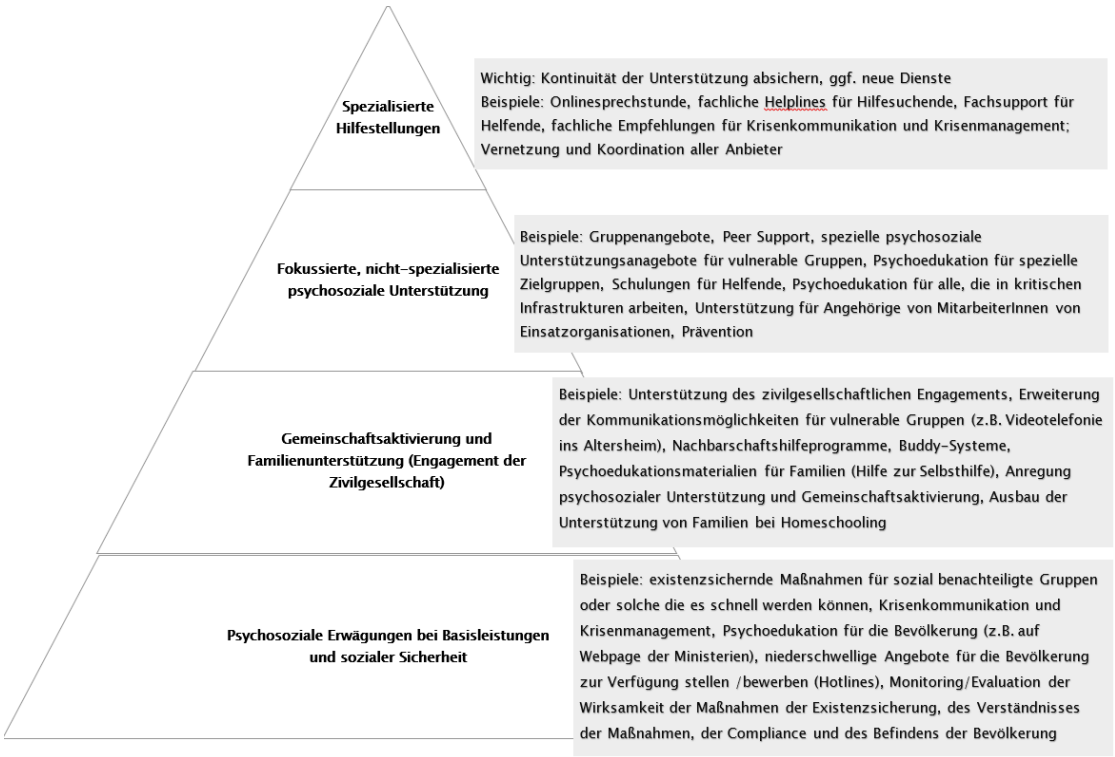
Nach zwei Jahren Pandemie werden deren Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit immer offensichtlicher: Sowohl Studien (UKE 2021; WHO 2022b) als auch das durch das BMSGPK initiierte Monitoring der psychosozialen Gesundheit zeigen eine allgemeine Belastung der Bevölkerung. Jugendliche und junge Erwachsene, Menschen die Mehrfachbelastungen ausgesetzt sind, Alleinstehende und Menschen, die schon vorher in (gesundheitlichen, sozialen, …) Problemlagen waren, sowie Frauen sind dabei besonders betroffen. Im Bereich des Gesundheitspersonals sind ebenfalls negative Langzeitauswirkungen zu erwarten. Internationale Studien zu bisherigen Krisen- bzw. Katastrophenereignissen zeigen, dass die psychosozialen Folgen die Phase der eigentlichen Krise bei weitem überdauern (Helliwell et al. 2021).

Psychosoziale Unterstützung im Rahmen von Katastrophen sollte laut internationalen Standards (IASC 2007; IASC 2022; WHO 2021) zeitgleich und abgestimmt auf mehreren Ebenen angeboten werden. Die Interventionspyramide des Inter-Agency Standing Committee beschreibt folgende vier Ebenen:

- Psychosoziale Erwägungen bei Basisleistungen und sozialer Sicherheit
- Gemeinschaftsaktivierung und Familienunterstützung
- fokussierte (nichtspezialisierte) psychosoziale Unterstützung
- spezialisierte Hilfestellungen

Häufig werden jedoch vor allem Maßnahmen auf der Ebene der spezialisierten Hilfestellung gesetzt und nicht einem Mental Health in All Policies (MHiAP) Ansatz folgend wichtige Maßnahmen an der Pyramidenbasis gesetzt. Sicherstellung der bestmöglichen psychosozialen Gesundheit durch Interventionen auf allen Ebenen der Pyramide. Psychosoziale Gesundheit sollte dabei nicht nur unter dem Aspekt der Langzeitfolgen gesehen werden (auch wenn darauf hinzuweisen ist, dass die psychosozialen Langzeitfolgen die akute Phase der Pandemie überdauern werden). Es gibt auch kurzfristige Folgen (z. B. Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie steigt bereits zwei Wochen nach Schulschließung) und es sind auch kurzfristige Maßnahmen notwendig (z. B. Kurzarbeitsregelung, Offenhalten der Schulen, …).

Abbildung 6: Interventionspyramide für psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung der IASC mit exemplarischen Maßnahmen.



Quelle: BMSGPK (2022b)

12.2 Allgemeine Maßnahmen

In „COVID-19-Pandemie. Bestandsaufnahme, Handlungsrahmen“ (BMSGPK 2022b) sind bereits die wesentlichsten Maßnahmen beschrieben, umgelegt auf das Szenarienmodell sollten folgende übergreifende Maßnahmen gesetzt werden:

- Psychosoziale Expertise sollte in jedem politischen Entscheidungs- bzw. Beratungsgremium vertreten sein
- Laufende Evaluation jeder Pandemie-Maßnahme hinsichtlich psychosozialer Kosten in Relation zum epidemiologischen Nutzen
- Lernen von internationalen best practice Beispielen aus den ersten Wellen (z. B. bzgl. Schulschließungen, Quarantäne-, Homeoffice-Regelungen, Aktionsplänen, …)
- Starker Querbezug zum Kapitel Kommunikation: Konstruktiv/positive Kommunikation statt Angstkommunikation. Druck, Angst und schwarze Pädagogik haben bezüglich Gesundheitsverhalten keinen nachhaltigen Effekt, sondern lösen mittelfristig eher Vermeidungsverhalten (Information wird gar nicht mehr angesehen) oder sogar Reaktanz aus. Im medizinischen Bereich sollte vorrangig auf Aufklärung zur Erreichung eines „informed consent“ gesetzt werden. Nur dieser ist nachhaltig

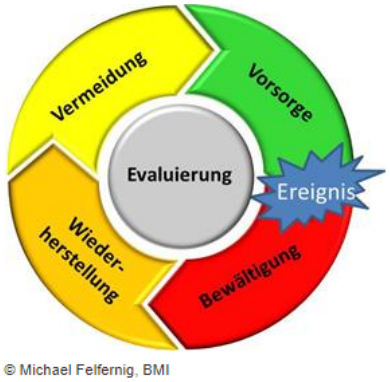
wirksam. Chronische Angst stellt darüber hinaus einen eigenständigen psychosozialen Stressor dar. Auch bundesweit einheitliche bzw. abgestimmte Krisenkommunikation ist wichtig. Die Berücksichtigung der Kriterien für Gute Gesundheitsinformation der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) wäre hier ebenfalls wünschenswert (entscheidungsunterstützende Kommunikation in Alltagssprache, differenziert für unterschiedliche Zielgruppen, evidenzbasiert, sachlich, …).

- Schulen und Kindergärten so lange wie möglich offenhalten (Ziel: Schulen/Kindergärten schließen als Letztes, davor Home-Office Pflicht – Beispiele: Frankreich, Schweiz)
- Kinder und Jugendliche sind eine vulnerable Gruppe und müssen bei allen Maßnahmen speziell berücksichtigt werden. (Ziel: „Normalität“ weitgehend sicherstellen, „Leben/Alltag“ ermöglichen)
- Bündelung der Ressourcen und Ausbau von Schulpsychologie/Schulsozialarbeit/Peerprogrammen/unterstützenden Angeboten in Elementarpädagogik
- Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen Ressourcen (schon vor der Pandemie ein Problem)
- Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung „auf Krankenschein“ (schon vor der Pandemie ein Problem)
- Monitoring der psychosozialen Gesundheit ist wichtig, um Veränderungen zu sehen / laufende Evaluation der gesetzten Maßnahmen ist notwendig, um frühzeitig negative, aber auch positive Effekte auf die psychische Gesundheit zu sehen.
- Ausbau von best practice Modellen im Bereich der (psychosozialen) Gesundheitsförderung
- Frauen sind besonders betroffen, in dem Zusammenhang ist besonders auf Gewaltprävention zu achten
- Im Bereich von Gesundheits- und Pflegepersonal (inkl. Rettung und mobile Pflege) sind strukturelle Änderungen notwendig, um weitere psychosoziale Belastungen und Kündigungen zu vermeiden und den Bereich langfristig personell abzusichern.
- Besondere Berücksichtigung von anderen besonders belasteten Berufs- und Personengruppen (kritische Infrastruktur, Polizei, Justizwache, Lebensmittelhandel, Reinigungskräfte, Saisonarbeitskräfte, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Lieferdienste, Transportwesen, körpernahe Dienstleistungen, …).

12.3 Szenarien-spezifische Maßnahmen

Eine ministeriums- und organisationsübergreifende AG „Psychosoziale Gesundheit angesichts COVID-19“ (mit Vertreter:innen von BMSGPK, BMI, BMBWF, BMLV, BMA, ÖRK, GÖG) hat bereits die Maßnahmen auf den unterschiedlichen Pyramidenebenen nach dem Management-/Risikozyklus geordnet, darauf kann zurückgegriffen werden.

Abbildung 7: Management-/Risikozyklus



Quelle: BMI (2022)

Umgelegt auf das Szenarienmodell ist darauf hinzuweisen, dass in den beiden schweren Szenarien (Pessimistic Central Case und Reasonable Worst Case) vorrangig um den Bereich der Bewältigung und Wiederherstellung im Risikozyklus geht und hier vor allem Maßnahmen auf den unteren Pyramidenebenen zu setzen sind (Information, Krisenkommunikation, Existenzsicherung, Stärkung von lokalen gemeindebasierten sozialen Unterstützungsnetz-werken, …). Abb. 2. zeigt exemplarische Maßnahmen auf den unterschiedlichen Pyramidenebenen, es liegt in der Natur der Sache, dass einige Maßnahmen für mehrere Szenarien relevant sind.

Szenario 1

- **Basisleitungen der sozialen Sicherheit:** Sicherstellung ausreichender Ressourcen in den relevanten Bereichen
- **Gemeinschaftsbasierte Interventionen:** Entwicklung von Modellen für die partizipative Einbindung der Bevölkerung in Katastrophenprävention und alle Phasen der Katastrophe
    - Resilienzförderung
- **Fokussierte, nicht-spezialisierte Unterstützung:** Resilienzförderung und Prävention (Gewalt, Sucht, Suizid, etc.)
- alle Bereiche (z. B. Arbeit und Familie, …) unter Berücksichtigung vulnerabler Gruppen
- Integrative partizipative Modelle nutzen
- **Spezialisierte Fachintervention:** Ausbau psychosoziale Versorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Transitionspsychiatrie, Psychotherapie, klin. Psychologie auf Krankenkasse, Arbeitspsychologie, Schulpsychologie, etc.);
- Fokus auf Long COVID

Szenario 2

- **Basisleitungen der sozialen Sicherheit:** Sicherstellung ausreichender Ressourcen in den relevanten Bereichen
- **Gemeinschaftsbasierte Interventionen:** Generalisierte Förderung von Krisenkompetenz
- Einbindung der Bevölkerung und der vulnerablen Gruppen (z. B. Gesundheitslotsen, Bürgertische)
- **Fokussierte, nicht-spezialisierte Unterstützung:** Niederschwellige psychosoziale Unterstützungsangebote (Fokussierte Förderung von Krisen-kompetenz, aktive Teilhabe an Public Health Projekten, Notfallpläne in Zusammenarbeit mit vulnerablen Bevölkerungsgruppen
- Frühe Hilfen
- **Spezialisierte Fachintervention:** Ausbau psychosoziale Versorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Transitionspsychiatrie, Psychotherapie, klin. Psychologie auf Krankenkasse, Arbeitspsychologie, Schulpsychologie, etc.)
- Fokus auf Long COVID

Szenario 3

- **Basisleitungen der sozialen Sicherheit:** Kurzfristige Abfederung der Folgen basierend auf Vulnerabilitätsassessments
- laufendes Risikoassessment und Anpassung der Maßnahmen
- klare Verantwortlichkeiten und einheitliche zielgruppenorientierte Krisenkommunikation der Behörden
- Identifizierung der Bereiche und Bevölkerungsgruppen in denen die größten Probleme aufgetreten sind und gezielte Unterstützung
- **Gemeinschaftsbasierte Interventionen:** Entwicklung mittel- und langfristiger Perspektiven im Umgang mit COVID-19 inkl. vermehrte Partizipation der Bevölkerung im Zuge der Krisenbewältigung (Stichwort Impfen)
- Förderung von Unterstützungsmaßnahmen auf Ebene der Vereine, Gemeinden, Familien, Communities
- Aktivierung von sozialen Netzwerken (Reconciliation, Maßnahmen gegen Polarisierung)
- Fokussierte, nicht- spezialisierte Unter-stützung: Besondere psychosoziale Unterstützungsangebote für vulnerable Gruppen (Gewalt, Frauen, Kin-der und Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund etc.)
- Vulnerabilitäts Capacity Assessment, Evidenzbasierter Aufbau und Ausbau von niederschwelligen Angeboten für die Zielgruppen
- **Spezialisierte Fachintervention:** Fokus auf vulnerable Gruppen (Personen: mit psychischen Erkrankungen, mit mentalen Einschränkungen, mit Demenz, mit Migrationshintergrund. Kinder/Jugendliche, Transitionspsychiatrie, Menschen mit Mehrfachbelastungen, Gesundheitspersonal, …)

- Vermeidung einer Unterbrechung der regulären Versorgung
- Breiteres Angebot; nachgehende Angebote besonders für vulnerable Gruppen; Nutzen zielgruppenadäquater Medien und Methoden (online/Telefon, soziale Medien) um schwer erreichbare Gruppen zu unterstützen
- Fokus auf Post-COVID
- Gelerntes anwenden in den Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich;
- Erstellung von Sicherheits-/Gesundheitsplänen

Szenario 4

- **Basisleitungen der sozialen Sicherheit:** Kurzfristige Abfederung der Folgen basierend auf Vulnerabilitätsassessments
- Laufendes Risikoassessment und Anpassung der Maßnahmen
- Klare Verantwortlichkeiten und einheitliche zielgruppenorientierte Krisenkommunikation der Behörden
- Identifizierung der Bereiche und Bevölkerungsgruppen in denen die größten Probleme aufgetreten sind und gezielte Unterstützung
- **Gemeinschaftsbasierte Interventionen:** Entwicklung mittel- und langfristiger Perspektiven im Umgang mit COVID-19 inkl. vermehrte Partizipation der Bevölkerung im Zuge der Krisenbewältigung (Stichwort Impfen)
- Förderung von Unterstützungsmaßnahmen auf Ebene der Vereine, Gemeinden, Familien, Communities
- Förderung von Unterstützungsmaßnahmen auf Ebene der Vereine, Gemeinden, Familien, Communities
- Aktivierung von sozialen Netzwerken (Reconciliation, Maßnahmen gegen Polarisierung)
- **Fokussierte, nicht- spezialisierte Unterstützung:** Besondere psychosoziale Unterstützungsangebote für vulnerable Gruppen (Gewalt, Frauen, Kinder und Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund etc.)
- Vulnerabilitäts Capacity Assessment, Evidenzbasierter Aufbau und Ausbau von niederschwelligen Angeboten für die Zielgruppen
- **Spezialisierte Fachintervention:** Fokus auf vulnerable Gruppen (Personen: mit psychischen Erkrankungen, mit mentalen Einschränkungen, mit Demenz, mit Migrationshintergrund. Kinder/Jugendliche, Transitionspsychiatrie, Menschen mit Mehrfachbelastungen, Gesundheitspersonal, …)
- Vermeidung einer Unterbrechung der regulären Versorgung
- Breiteres Angebot; nachgehende Angebote besonders für vulnerable Gruppen; Nutzen zielgruppenadäquater Medien und Methoden (online/Telefon, soziale Medien) um schwer erreichbare Gruppen zu unterstützen

- Fokus auf Post-COVID
- Gelerntes anwenden in den Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich;
- Erstellung von Sicherheits-/Gesundheitsplänen

Kommentierungen zu Kapitel 12 Psychosoziale Gesundheit

Ad.	Kommentator	Anmerkung
12	Partheymüller	• ***Psychosoziale Gesundheit als Querschnittsthema:*** *Das Kapitel zur psychosozialen Gesundheit betont, dass der psychosoziale Aspekt bei allen Maßnahmen mitzubedenken ist. Manche Kapitel erwähnen auch den psychosozialen Aspekt (z.B. NPIs, Kommunikation). Im Sinne des vorgeschlagenen Ansatzes sollten alle Kapitel auf potentiell relevante Aspekte in Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit geprüft werden; stärkere Verzahnung zwischen den Kapiteln.* • ***Rolle von Jugend- und Bildungsbereich / Differenzierung der Maßnahmen nach Zielgruppen*** *Im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit spielt der Jugend- und Bildungsbereich eine hervorgehobene Rolle. Der Aspekt wird in diesem Kapitel auch angesprochen, aber geht zum Teil unter. Es wäre erwägenswert dem Bildungsbereich ein eigenes Kapitel zu widmen, damit dieser Aspekt nicht vergessen wird, bzw. wenn dies nicht möglich sein sollte, würde es sinnvoll erscheinen innerhalb des Kapitels, die Maßnahmen nach Gruppen stärker zu differenzieren, da hier sehr unterschiedliche Problemlagen bestehen (Gewaltprävention, überlastetes Gesundheitspersonal, psychische Erkrankungen etc.)*
12	Oberösterreich	• *Die langfristige Umsetzung der genannten Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung und psychischen Gesundheit erscheint sinnvoll. Die Maßnahmen müssen - unabhängig vom vorherrschenden Szenario - in Abhängigkeit einer adäquaten Versorgung entsprechend dem Bedarf gesetzt werden. Neben der Förderung der psychischen Gesundheit soll auch der Förderung von Prävention und Gesundheitskompetenz im Sommer/Herbst 2022 angestrebt werden. Durch eine Stärkung der „Infektionsschutzkompetenz" sollen die Menschen dabei unterstützt werden, mit dem Virus - idealerweise auch ohne Anweisungen der Behörden im Sinne von Absonderungen, Verkehrsbeschränkungen - leben zu lernen.*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
12	**Wien**	• *Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass sich der Bund auch strategisch bzw. im Pandemie-Management der psychosozialen Gesundheit widmet. Der MHiAPAnsatz ist grundsätzlich ein – nicht zuletzt, um entstigmatisierend zu wirken – präferierter Ansatz. In Krisenzeiten bzw. in Phasen, in denen viele Projekte pilotiert werden (müssen), sollte dennoch ein spezifischer Ansatz parallel dazu aufgebaut werden, um nicht aufgrund der Priorisierungen die psychosoziale Komponente zu vernachlässigen.* • *Besonderes Augenmerk wäre in Bezug auf die psychosoziale Gesundheit von Kindern auf die Thematik des Ausbaus der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu legen.* • *Bei den beiden schweren Szenarien ist darauf hinzuweisen, dass gerade dann eine effektive, klare, positive, einheitliche und abgestimmte Kommunikation aller Player notwendig und keinesfalls zu vernachlässigen ist, da diese zur Beruhigung der Bevölkerung stark beiträgt. Diese sollte aus fachlicher Sicht dringend aufgenommen werden.* • *Es ist aus dem Kapitel nicht ableitbar welche Gebietskörperschaften und Rechtsträger welche Maßnahmen bis wann zu setzen haben.*

13 Kommunikation

Dieses Kapitel betrachtet Kommunikation umfassend; es wird nicht, außer explizit erwähnt, unterschieden zwischen unterschiedlichen Arten und Bereichen der Kommunikation (Risiko-, Krisen- und internationale Kommunikation). Für die Bereitschaft der Bürger:innen, Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung mitzutragen, ist es von großer Bedeutung, dass die Maßnahmen in ihrer Gesamtheit als konsistent, effektiv und fair verstanden bzw. wahrgenommen werden (Zimmermann et al. 2021).

Die Kommunikation sollte in jedem Themenfeld mitgedacht werden, eine Verallgemeinerung lässt sich nur schwer vornehmen, da jedes Themenfeld andere Kommunikationsmaßnahmen verlangt.

13.1 Allgemeine Bestandsaufnahme und Auswirkungen

Kommunikation spielt eine zentrale Rolle im gesamten Risiko- und Krisenmanagement rund um das Virus SARS-CoV-2, in Bezug auf die Pandemie-Vorsorge, aber besonders auch bei der Eindämmung, Bewältigung und Evaluierung der Auswirkungen. Die vergangenen zwei Jahre haben verdeutlicht, dass es nach wie vor große Herausforderungen betreffend Kommunikation in der Pandemiebewältigung gibt.

Es besteht eine große Abhängigkeit der Kommunikation von gesetzten Maßnahmen zur Eindämmung des epidemiologischen Geschehens. Die Konsistenz, Effektivität und Fairness (Marmot et al. 2021) der Schutzmaßnahmen des jeweiligen Themenfeldes ist eine Bedingung dafür, dass Kommunikation bestmöglich erfolgen kann.

Je länger die Pandemie anhält, umso mehr muss auch die psychosoziale Verfassung der Bevölkerung in der Kommunikation berücksichtigt werden. Eine große Herausforderung war und ist es zudem, die Heterogenität der Gesellschaft in ihrem vollen Ausmaß zu berücksichtigen.

Eine der größten Herausforderungen der Pandemie ist es, insbesondere mit zunehmender Dauer, Vertrauen und Commitment in der Bevölkerung zu stärken und zu erhalten. Nur wenn sich die Bevölkerung auskennt und mitmacht, kann diese Pandemie erfolgreich bewältigt werden. **Kommunikation allein kann kein Vertrauen aufbauen oder ein Vertrauensdefizit ausgleichen. Vorbedingungen guter Kommunikation sind nachvollziehbare, verständliche und faire Maßnahmen.**

Die Erfahrungen, vor allem in der Bürger:innenkommunikation (Community Management) zeigen, dass gelungene Kommunikation idealerweise:

- einfach, klar, sachlich, transparent, verständlich, konsistent, verlässlich, vertrauensfördernd und frei von Widersprüchen ist,
- die aktuelle psychosoziale Verfasstheit der Bevölkerung berücksichtigt,
- die unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Gruppen in der Gesellschaft berücksichtigt,
- die Bevölkerung möglichst rasch informiert,

- die Akzeptanz und die Mitwirkung der Bevölkerung stärkt sowie Handlungsfähigkeit aufzeigt und fördert.

Nach dem Grundsatz: So viel wie nötig, so wenig wie möglich, muss Kommunikation immer zielgerichtet eingesetzt werden.

Ziel für die zukünftige Planung der Kommunikation soll es sein, **szenarienunabhängige Grundsätze** zu definieren z. B. betreffend Zuständigkeiten, Funktionen und Rollen. Darüber hinaus sollen **szenarienabhängig** die **Tonalität der Kommunikation, die Zielgruppen und die Kommunikationskanäle** definiert werden.

Vorhandene Kommunikationsstrukturen sollen bis zum Herbst evaluiert, optimiert und zielgerichtet einsetzt werden. In einem solchen Prozess ist auch die Bündelung vorhandener Ressourcen und Informationsplattformen (Websites, Anmeldeplattformen, Bundesländeranlaufstellen, Apps, Anlaufstellen, Hotlines etc.) anzudenken. Aufgrund des anhaltenden Krisenkommunikationsmodus während der Pandemiebekämpfung war schnelles Handeln notwendig. Anstelle der Krisenkommunikation ist nun maßnahmenbegleitende und präventive Kommunikation gefragt, die die Bevölkerung adäquat informiert. Eine Rückkehr zur Krisenkommunikation sollte nur beim Eintreten neuer krisenhafter Ereignisse erfolgen.

13.2 Allgemeine, szenarienunabhängige Kommunikationsleitlinien

Klare Ziele und Grundsätze für die Kommunikation sollen definiert werden.

Kommunikation erfolgt begleitend zur Setzung von Maßnahmen. Statt Maßnahmen nur zu verkünden, zielt Kommunikation darauf ab, die Gründe des Handelns transparent darzulegen, um Verständnis zu schaffen und Vertrauen aufrechtzuerhalten. Kommunikation ist wichtig, aber die Bedeutung und Möglichkeiten sowie Grenzen von Kommunikation sowie die „known unknowns“ sind deutlich aufzuzeigen.

Kommunikation kann Entscheidungen nachvollziehbar machen, zum Beispiel indem medizinische Empfehlungen und wissenschaftliche Evaluierungen aufbereitet und in einfach verständlicher Sprache erklärt werden. In einer Pandemie kann Kommunikation dazu beitragen, das Vertrauen in die Politik zu stärken, wenn die Hintergründe (wie z. B. Veränderungen der Gefährdungslage, neue wissenschaftliche Erkenntnisse) entsprechend klar aufgezeigt und mit zuverlässigen Daten belegt werden.

Zentrale Akteure und Gremien (auf nationaler Ebene) sollen stärker vernetzt werden Verbesserung der internen Kommunikation.

Aktuelle, abgestimmte Information soll möglichst rasch unter den Stakeholdern verbreitet werden.

Stakeholder sollen mit einer Stimme sprechen, abgestimmt sein.

Krisenkommunikation soll klar, transparent und verlässlich sein. Widersprüche in der Kommunikation sollen vermieden werden und Zielgruppenspezifität ist zu berücksichtigen. Dazu braucht es standardisierte Abläufe und klare Zuständigkeiten (siehe Ziel 1). Beispielsweise sollten Stakeholder die gleichen Ausdrücke verwenden (z. B. Auffrischungsimpfung (4. Impfung) anstatt Booster, 2. Booster, Auffrischungsbooster, 4. Impfung oder 4. Stich etc.).

Internationaler Austausch zur Kommunikation soll weiterhin gefördert werden.

Kommunikationsmaßnahmen sollen laufend evaluiert werden.

Kommunikationsprozesse sollen verschiedene relevante wissenschaftliche Disziplinen und aktuelle Evidenzen (Bathke et al. 2022) berücksichtigen. Sie sollen klar definierten Kriterien (Konsistenz, Effektivität, und Fairness, siehe Hintergrund) sowie anerkannten Kommunikationsprinzipien wie Kompetenz der Akteurinnen bzw. Akteure/Integrität, Transparenz, Partizipation, Wohlwollen, Handlungsfähigkeit, Autonomie, soziale Eingebundenheit folgen (Deci/Ryan 2004).

Im Rahmen dessen soll eine evidenzbasierte Evaluation von Kommunikationsmaßnahmen erfolgen, z. B. ob bestimmte Zielgruppen erreicht werden.

Medien sollen Hintergrundinformationen, z. B. wissenschaftliche Evaluierungen weiterhin einfach erklärt zur Verfügung gestellt werden (z. B. NIG Empfehlung).

Stärkung der Wissenschaftskommunikation: Kontinuierliche und adäquate Aufbereitung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse für die allgemeine Öffentlichkeit.

Kommunikation muss barrierefrei und inklusiv sein. Die Zielgruppenorientierung von Maßnahmen soll verstärkt und verbessert werden.

Es bedarf einer vielfältigen, zielgruppenspezifischen Kommunikation, unterschiedlicher Botschaften (Key Messages, Wordings) sowie einer Nutzung unterschiedlicher Medien und Formate eventuell unter Berücksichtigung der 15 Qualitätskriterien für Gute Gesundheitsinformationen (ÖPGK 2022). Ratschläge und Informationen werden von Menschen eher angenommen, wenn sie ein Vertrauensverhältnis zu den Überbringer:innen haben. Insbesondere Ärztinnen/Ärzte, dem Gesundheitspersonal, Expert:innen und Wissenschaftler:innen wird viel Vertrauen in Hinblick auf gesundheitliche Fragen entgegengebracht und müssen stärker eingebunden werden. Zudem besitzen auch andere Personen wie etwa Lehrer:innen eine Vorbildfunktion für andere. Aus den bisherigen Erfahrungen ist bereits bekannt, dass einige Zielgruppen schwer erreichbar sind und diese gezielt angesprochen werden müssen.[15]

13.3 Szenarien-spezifische Kommunikationsleitlinien

Im Sinne einer konsequenten maßnahmenbegleitenden Kommunikation nach dem Grundsatz „So viel wie nötig, so wenig wie möglich“ muss sich die Kommunikation in ihrer Intensität und Tonalität je nach Szenario an den mehr oder weniger stark gesetzten Maßnahmen orientieren. Kommunikation ist nur die „Überbringerin“ politischer Entscheidungen und muss deswegen in Einklang mit ihnen stehen.

Die **psychosoziale Verfasstheit der Bevölkerung** sowie die Bedürfnisse verschiedener Gruppen in der Gesellschaft müssen in jedem Szenario mitbedacht, aber je nach Szenario muss der Fokus der

[15] So zeigen bspw. Stamm et al. (2022), dass gerade Personen mit Kinderwunsch und Morbidität beim Thema Impfung zögerlich, aber potenziell erreichbar sind. Häufige Gründe für eine geringe Impfbereitschaft sind die Besorgnis um Nebenwirkung, das Vertrauen auf das eigene Immunsystem, die Besorgnis um Interaktionen mit bestehenden Gesundheitsproblemen, ein geringes Vertrauen sowie der Glaube an Verschwörungstheorien. Diese Aspekte sollten in der Kommunikation antizipiert werden.

Kommunikationsstrategie entsprechend angepasst werden. Je mehr Maßnahmen erforderlich sind und je mehr Lebensbereiche von ihnen betroffen sind, umso höher sind grundsätzlich auch die damit verbundenen psychischen Belastungen. Allerdings können sich auch ohne Maßnahmen besondere Belastungen für vulnerable Gruppen ergeben, die durch höhere Infektionszahlen stärker gefährdet werden. Geeignete Maßnahmen und Kommunikation sind hier vorzusehen, damit nicht einzelne Gruppen den Eindruck haben, übersehen zu werden.

In jedem Szenario muss die **Handlungsfähigkeit** aufgezeigt und betont werden: Was kann jede:r Einzelne konkret machen (Eigenverantwortung), und was macht die Politik (gemeinschaftliche Lösungen)? Betont werden soll, was bereits geschafft/erreicht wurde, und ein **Bewusstsein für den eigenen sowie gemeinsamen Beitrag** zum Gelingen und zu den Lösungen soll kommuniziert und dadurch sichtbar/spürbar werden. Es muss dabei auch je nach Szenario wohljustiert werden, wann Empfehlungen und Appelle an die Eigenverantwortung ausreichend sein können und wann sanktionsbewährte rechtliche Regelungen erforderlich und durchsetzbar sind. Eine überschießende Kommunikation kann demotivierend und kontraproduktiv wirken; zu wenig Verbindlichkeit kann zu höheren Fallzahlen führen, die in weiterer Folge noch weitreichendere mehr Maßnahmen erforderlich machen.

Weiters ist es notwendig, **den Gesamtzusammenhang aller Maßnahmen** aufzuzeigen. Einzelne Maßnahmen – wie Impfen, Testen, Masken, Medikamente – können arbiträr und ineffektiv erscheinen, wenn der Gesamtzusammenhang nicht deutlich gemacht wird. Auch wenn keine einzelne Maßnahme zu 100% effektiv ist, leistet dennoch jede einzelne einen Beitrag zur Eindämmung der Infektionen.

Um die Pandemie erfolgreich zu bekämpfen, braucht es ein **Maßnahmenpaket**, das in seiner Gesamtheit verständlich an die Bevölkerung kommuniziert werden muss.

Kommentierungen zu Kapitel 13 Kommunikation

Ad.	Kommentator	Anmerkung
13	Partheymüller	• ***Kommunikation als Querschnittsthema*** *Das Thema Kommunikation wird in den einzelnen Kapiteln teilweise bereits angesprochen (z.B. Impfen, Therapien), teilweise aber auch nicht oder nur in einem sehr geringen Maße, obwohl einige der Stellungnahmen die Wichtigkeit der Kommunikation in diesen Bereichen betonen oder Kommunikationsaspekte ansprechen (z.B. NPIs, Long Covid, Psychosoziale Gesundheit). => Kommunikation ist ein Querschnittsthema und sollte bei den betreffenden Kapiteln, wo dies bisher nicht der Fall ist mitbedacht werden (ggf. mit Verweis auf Kommunikationskapitel); stärkere Verzahnung zwischen den Kapiteln.* • ***Vernetzung*** *„Zentrale Akteure und Gremien (auf nationaler Ebene) sollen stärker vernetzt werden Verbesserung der internen Kommunikation." =>*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		Warum nur auf nationaler Ebene? Auch europäische und regionale Vernetzung erforderlich • ***Szenarien-spezifische Kommunikationsstrategien fehlen*** *Bisher finden sich in diesem Kapitel eher allgemeine Leitlinien zur Kommunikation, die aber Szenarien-spezifisch noch zu konkretisieren wäre.* • ***Fehlende Differenzierung nach Bereichen*** *Die Kommunikation betrifft vor allem das Thema Impfen, aber auch NPIs, Long Covid und Therapien. Diese Bereiche erfordern unterschiedliche Ansätze und müssten konkretisiert werden. Existierendes Wissen zu Impfzielgruppen usw. ist bisher nur in geringem Maße eingeflossen und wäre für die weiteren Bereiche weiter zu konkretisieren.* • ***Evaluation von Kommunikation / Maßnahmen*** *Die empirische Sozialforschung kann hierzu einen Beitrag leisten und sollten eingebunden werden.* • ***Wissenschaftskommunikation*** *Die universitäre Forschung können hierzu einen leisten und sollten eingebunden werden.* • ***Unklare Zuständigkeiten und Zeitlinien*** *Es ist unklar, welche Akteure sich für welchen Bereich der Kommunikation zuständig fühlen und in welchen Zeiträumen was getan wird. Dadurch hat das Dokument bisher einen sehr allgemeinen Charakter. Weitere Konkretisierungen und Zeitabläufe sind zu entwickeln.*
13	**Vorarlberg**	• *Der Auflistung, was für eine gelungene Kommunikation wichtig ist, ist voll inhaltlich zuzustimmen. Speziell waren in der bisherigen Pandemie die teilweise widersprüchlichen Kommunikations-inhalte für die Bürger:in und auch für die mit der Vollziehung beauftragen Bezirksverwaltungs-behörden schwer bzw. manchmal nicht nachvollziehbar. So ist der Punkt, dass alle Stakeholder mit einer Stimme sprechen sollen, völlig zu unterstützen. Dies gilt sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene. Die bisherige Pandemie war leider davon geprägt, dass verschiedene Ministerien (BMBWF, BMSGPK, BMI) zum Teil widersprechende Empfehlungen und Erlässe an die Ihnen nachgeordneten Dienststellen gesendet haben, die zudem nicht allen*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		Stakeholdern zur Kenntnis gebracht wurden und somit zu Verwirrung und Unverständnis führten. • *Dasselbe gilt auf der Ebene der zahlreichen Expertengruppen (Nationales Impfgremium, LSD- Konferenz, Corona- Kommission, GECKO, Impfpflichtgremium, ELGA, AGES, SKKM, S1- S7,) die Empfehlungen erstellt und nach außen kommuniziert haben. Auch auf Länderebene wurden zahlreiche Gremien, die einen Teilaspekt der Pandemie bearbeiten, eingerichtet. Sowohl auf Bundes- als auch Landesebene sollte deshalb eine übergeordnete Kommunikations-struktur eingerichtet werden, welche als einzige Einrichtung des Bundes Informationen, Empfehlungen, Erlässe usw. an die Bundesländer weiterleitet und im Falle der Länder, diese an die nachgeordneten Dienststellen, die Bürger:innen und Medien weitergibt.* • *Die Aufgabe dieser übergeordneten Gremien wäre es Redundanzen zu verhindern und Widersprüchlichkeiten vorab aufzudecken und abzuklären, bevor eine Weiterleitung erfolgt. Dadurch wäre auch sichergestellt, dass ein einheitliches Wording verwendet wird (Siehe Seite 81 zum Impfwording: Booster, Auffrischungsimpfung, Auffrischungs-Booster, 4. Stich etc.)*
13	**Oberösterreich**	• *Die durchgängige Integration von Kommunikationsaspekten in nahezu allen Bereichen der Unterlage fällt positiv auf. Das gilt auch für das beabsichtigte „Umschalten" von der reinen Krisenkommunikation hin zu einer informativeren, maßnahmenbegleitenden Vorgehensweise (,,kommunikative Deeskalation").* • *Die Festlegung sowohl von szenarienunabhängigen bzw. szenarienspezifischen Kommunikationsleitlinien erscheint geboten und sinnvoll.* • *Der ausgemachte Bedarf nach einer vielfältigeren, vor allem zielgruppenspezifischen Kommunikation und unterschiedlicher Botschaften deckt sich mit eigenen Erfahrungen.* • *Kurzfristig gesetzliche Rahmenbedingungen als Voraussetzung für bestimmte kommunikatorische Maßnahmen zu schaffen, erscheint aufgrund der üblichen Vorlaufzeiten solcher Vorhaben beim Eintritt bestimmter Szenarien schwierig umsetzbar. Daher sollten die Grundlagen bereits vorliegen oder rasch geschaffen werden.*
13	**Wien**	• *Das Kapitel bleibt bisher theoretisch und beschränkt sich auf generelle Empfehlungen. Aufgabe ist es nunmehr konkrete Vorhaben über die*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		nächsten Monate bis in den Herbst zu festzulegen. Was für „eine maßnahmenbegleitende und präventive Kommunikation“ ist geplant? Wie soll „die Bevölkerung adäquat informiert werden“? Was übernimmt der Bund bzw. wo braucht es die Länder bzw. wo konkret NGOs/Zivilgesellschaft oder Gemeinden? Dementsprechend sollten jedenfalls bereits konkrete Maßnahmen für die Szenarien erarbeitet werden. • *Aus Sicht des Landes Wien ist es unerlässlich, die kommenden Monate nicht nur mit Evaluierung und Optimierung zu verbringen, sondern im Sinne des ebenfalls erwähnten zielgerichteten Einsatzes weiterhin laufend über neue Entwicklungen rund um die Covid-Schutzimpfung zu informieren. Entsprechende Empfehlungen des NIG gibt es dazu immer wieder (bspw. Drittimpfung für Kinder, Viertimpfung für Ältere Personen bzw. Immungeschwächte etc.), die zielgerichtet für Kommunikationsmaßnahmen geeignet wären und in einen zu kommunizierenden Themenfahrplan gegossen werden sollten.* • *War es für kommunikative Maßnahmen während der Hochphase der Krise einfacher, Aufmerksamkeit für Botschaften und Anliegen zu generieren, weil andere Themen in den Hintergrund getreten sind, stehen wir nun vor der neuen Herausforderung, dass die Aufmerksamkeit für das Thema Corona bzw. Schutzimpfung aufgrund vieler Parallelthemen (Ukraine-Krieg, Teuerung, Klima etc.) nun noch schwieriger gewonnen werden kann. Ergänzend gibt es die Herausforderung, speziell diejenigen weiter anzusprechen, die zwar geimpft, jedoch nicht geboostert sind. Diese Gruppe befindet sich teilweise in einer rückwärtsgerichteten Bewegung und läuft Gefahr, aufgrund des Zeitverlaufs in die Gruppe der Ungeimpften überzutreten, während aktuell Ungeimpfte kaum zur Impfung unter den bestehenden Rahmenbedingungen motivierbar sind (wie wohl auch nicht zur Einhaltung freiwilliger Maßnahmen). Umso wichtiger ist es daher aber VOR dem Herbst das Thema der Wichtigkeit und Bedeutung der Impfung zielgruppengerecht im Bewusstsein zu halten. Ein entsprechender inhaltlicher Ausblick, wann mit welchen Empfehlungen rund um das Thema Impfung zu rechnen ist, wäre wünschenswert, um als Kommunikation frühzeitig planen zu können. Im Kontext dieser neuen Herausforderung wird daher auch der Grundsatz „So viel wie nötig, so wenig wie möglich“ nicht geteilt. Zielgruppen- und maßnahmenabhängig sollte vielmehr so oft wie möglich und präventiv die Covid-Schutzimpfung zum Thema gemacht werden, um im Herbst nicht wieder vor einer „Überraschung“ zu stehen und in die*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		Krisenkommunikation zu schlittern. Zudem wäre es wichtig, allfällige Dialogkampagnen bereits über den Sommer auszurollen, die bereits jetzt Verständnis für die Situation im Herbst herstellen und die Zeit dafür nützen darauf vorzubereiten, dass wir mit „Corona leben lernen müssen" und was das für den/die einzelne konkret bedeutet. Ein spezieller Fokus sollte auch auf jene Gruppen gelegt werden, die besonders geschützt werden müssen und auch in der psychosozialen Dimension vor großen Herausforderungen stehen. • *Es ist aus dem Kapitel nicht ableitbar welche Gebietskörperschaften und Rechtsträger welche Maßnahmen bis wann zu setzen haben. Abschließend wird angemerkt, dass alle Maßnahmen im Rahmen der COVID-19-Pandemie bisher notwendigerweise mit massiven Grundrechtseingriffen einhergingen, zu denen in der Zwischenzeit eine überaus umfangreiche Judikatur der Höchstgerichte besteht. Im Hinblick auf die Wahrung der Verfassungsmäßigkeit der Vorgehensweise wird mit Nachdruck angeregt, im Rahmen der vorbereitenden Überlegungen soweit möglich auch die rechtlichen und insbesondere grundrechtlichen Aspekte miteinzubeziehen. Wird im Zuge dieser Überlegungen klar, dass eine Novellierung der gesetzlichen Grundlagen, insbesondere des COVID-19-MG und des Epidemiegesetzes sowie des COVID-19-Impfpflichtgesetzes, auch etwa aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, erforderlich ist, wird angeregt, zu diesen Novellen eine Begutachtung der Länder durchzuführen, um die Erfahrungen der Vollzugspraxen in eine Novelle miteinfließen zu lassen. Zur Erleichterung des Vollzugs durch die Länder wäre es darüber hinaus überaus wünschenswert, die fachlichen und rechtlichen Begründungen zu den COVID-19-Verordnungen des Herrn Bundesministers zur Verfügung zu stellen.*
13	**WKO**	• *Im vergangenen Jahr wurde viel Informations- und Überzeugungsarbeit für die Verabreichung einer Impfung gegen Covid-19 geleistet. Für den kommenden Herbst und Winter 2022 sollte ein Fokus der Kommunikation, auf die der Impfung positiv gegenüberstehende Bevölkerung gesetzt werden. Diese soll zur 4. Impfung motiviert werden. Natürlich soll auch weiterhin versucht werden, ungeimpfte Personen zu einer Impfung zu bringen, u.a. durch Information über die neu zugelassenen Impfstoffe, die klassischen „Totimpfstoffe".* • *Zudem soll ein weiterer Schritt in Richtung Eigenverantwortung der Bevölkerung gesetzt werden. In vielen Staaten (u.a. UK, Israel) ist die Absonderung bereits eine individuelle Aufgabe.*

Ad.	Kommentator	Anmerkung
		Empfehlungen für eine zukünftige Kommunikation beinhalten: • *Impftestimonials: v.a. jüngere Personen, Influencer:innen, Sportler:innen. Auch innerbetriebliche Testimonials sind denkbar* • *Fokus auf den neuen Impfstoff als klassischen Totimpfstoff* • *Aufklärungskampagne über Long Covid und mögliche Konsequenzen einer Infektion. Sollten neue Maßnahmen erlassen werden müssen, so soll transparent über die erhofften Effekte und die erwartete Entwicklung informiert werden* • *Kurzfristige und oftmalige Strategieänderung sollen möglichst vermieden werden* • *Ein bundeseinheitliches Vorgehen ist wünschenswert und schafft Transparenz und Übersichtlichkeit* • *Rechtzeitige Bekanntgabe der gültigen Maßnahmen in Form verbindlicher Rechtsakte (BGBl) und nicht ungenaue Angaben via Medien (es braucht genaue Kenntnis der Vorschriften und ausreichend Zeit, diese in den Betrieben zu implementieren)* • *Zeitgerechte Einbindung der Sozialpartner in Begutachtungen*
13	**Tirol**	• *Ein Wissensmanagement von Seiten des Bundes sollte etabliert werden, durch das der Stand des Wissens evidenzbasiert laufend dargestellt und durch entsprechende Literaturangaben nachvollziehbar bleibt.* • *Es sollten jetzt allgemeine Botschaften für die einzelnen Szenarios vorformuliert werden, um entsprechend abgestimmt reagieren zu können.*

Allgemeine Anmerkungen zum Virusvariantenmanagementplan

Kommentator	Anmerkung
Vorarlberg	*Der Ansatz, dass die Corona-Pandemie nicht wieder gänzlich verschwinden wird, wie dies bei früheren Pandemien der Fall war, ist sicher realistisch und eine gute Planungsgrundlage. Die Einschätzung der ExpertInnen, „dass selbst im günstigsten Szenario (…) COVID-19 als Infektionserkrankung weiterhin in unserer Gesellschaft bestehen bleiben wird" (S. 6) verlangt österreichweit ein Überdenken des bisherigen Pandemiemanagements, der bisherigen Rollen von Politik und Verwaltung in der Pandemiebekämpfung sowie eine auf Dauer gerichtete Organisationsstruktur auf Bundes- und Landesebene. Insofern ist der vorliegende Variantenmanagementplan eine wichtige Grundlage dafür, österreichweit die zentralen Themen des Pandemiemanagements (insbesondere Testen, Contact Tracing, Impfen) von Grund auf zu hinterfragen und neu aufzustellen und die entsprechenden Voraussetzungen dafür zu schaffen (epidemierechtliche Grundlagen, Vergaberecht, Datenschutz und Datenmanagement). Insgesamt erscheint die Akzeptanz „bindender Normen" (S. 10) zur Pandemiebekämpfung in der Bevölkerung im Laufe der bisherigen Pandemieentwicklung erheblich gesunken zu sein. Die Kontrolle „bindender Normen" und deren Sanktionierung bei Nichteinhaltung der das gesamte soziale Leben betreffenden Pandemievorschriften ist enorm verwaltungsaufwändig und in einem rechtsstaatlich angemessenen Rahmen kaum möglich. Ein Rechtsstaat, dessen Bürger und Bürgerinnen in großem Ausmaß die „bindenden Normen" aber ignoriert, wird seinem Anspruch nicht gerecht; „bindende Normen", von denen Politik und Verwaltung im Vorhinein vermuten, dass sie von einer breiten Bevölkerungsschicht nicht oder kaum eingehalten werden, aber deren Einhaltung auch nicht kontrolliert und sanktioniert werden kann, schaden dem Rechtsstaat nachhaltig. Wie auch im Variantenmanagementplan unter Punkt 2.3. ausgeführt, sollte deshalb der Eigenverantwortung beim Verhalten im öffentlichen Raum bei allen vier Szenarien stärkeres Gewicht beigemessen werden. Der Schwerpunkt „bindender Normen" sollte auf der Prävention liegen (Impfpflicht zumindest bei vulnerablen Gruppen sowie beim Gesundheits- und Pflegepersonal) und im Falle der Erkrankung (Absonderung).*
Oberösterreich	*Die vorliegende Version des Variantenmanagementplans des BMSGPK stellt lediglich ein sehr frühes Stadium eines Arbeitspapiers dar. Viele Kapitel existieren nur als Überschriften. Die Stellungnahme kann sich daher für jene Teile des VMP, welche dort bislang unbefüllt sind, nur auf das Expertenpapier beziehen, zumal davon ausgegangen wird, dass der VMP schlussendlich ein Exzerpt daraus darstellen wird. Eine Einbindung der Vollzugsebene schon in die Erarbeitung des Expertenpapiers wäre unbedingt notwendig gewesen. In der*

Kommentator	Anmerkung
	Ergebnisdokumentation zum Expertenworkshop zeigt sich deutlich, dass die Ergebnisse der unterschiedlichen Workshops nicht abgestimmt sind: • *Viele Punkte sind mehrfach angeführt, bzw. widersprechen sich teilweise sogar.* • *Das Verwenden unterschiedlicher Begrifflichkeiten, trägt nur wenig zur Klarheit bei.* • *Die jeweiligen Ergebnisse in der Szenarienplanung scheinen nicht immer aufeinander abgestimmt und daher untereinander nicht schlüssig zu sein. Das Expertenpapier stellt eine umfassende Aufzählung von Maßnahmen dar. Im Variantenmanagementplan bedarf es allerdings noch der ausreichend konkreten Festlegung der im jeweiligen Szenario umsetzbaren Maßnahmen. Es werden zwar einige wesentliche Punkte aufgenommen, wobei schlussendlich unklar bleibt, wer der Adressat dieser „Wunschvorstellungen" im Hinblick auf deren Umsetzung ist. Hier bräuchte es jedenfalls die nötige Klarheit (auch in einer realitätsnahen Betrachtung). Vielfach sind wohl die Länder gemeint, ohne dies ausdrücklich festzuhalten (nur vereinzelt finden sich Formulierungen wie ,,seitens des Bundes"). Aufgrund der breit gestreuten Szenarien ist eine realistische Vorbereitung auf sämtliche dieser Szenarien zur gleichen Zeit kaum durchführbar. Auch wenn nicht vorhergesagt werden kann, wie sich die pandemische Lage im Herbst entwickelt, so müssen auch für ein „worst-case" Szenario Vorbereitungen getroffen werden. In diesem Szenario muss jedenfalls eine Obergrenze der zu treffenden Maßnahmen eingezogen und klar dargelegt werden, was nicht gemacht werden kann. Dies auch im Hinblick auf Limitationen des Arbeitsmarktes und dem Umstand, dass sich Maßnahmen gegenseitig konterkarieren können (z.B. Personaleinsatz lmpfpflichtbefreiungsatteste vs. Gesundheitsversorgung). Personalressourcen stehen nicht unbegrenzt zur Verfügung und kann dies daher in einer Strategie auch nicht unterlegt werden.* *Als Planungsunterlage für die Länder taugt dieses Papier daher aktuell nicht, weil darin vielfach keine realistischen Festlegungen hinsichtlich der Umsetzung getroffen werden, und kann eine Planungsunterlage ohne echte Einbindung der Umsetzungsebene auch nicht erstellt werden.*
Wien	***Beilage 1: Stellungnahme zur Ergebnisdokumentation*** *Das Land Wien nimmt zum übermittelten Variantenmanagementplan (Version 0.1) und zur Ergebnisdokumentation des Expert:innenworkshops (Version 1.1) wie folgt Stellung:*

Kommentator	Anmerkung
	• *Das Land Wien empfiehlt, sich jetzt vor allem auf den kommenden Herbst und Winter zu fokussieren, die möglichen Infektionssituationen zu beschreiben, die sich daraus ergebenden Maßnahmen einzugrenzen und somit für die gesamte Bevölkerung und die Behörden abschätzbare Szenarien zu definieren. Auf Basis des aktuellen Wissensstandes ist es sehr wahrscheinlich, dass es (spätestens) im Herbst 2022 zu einer weiteren SARS-CoV-2-Infektionswelle kommen wird. Aufgrund der nicht antizipierbaren Mutationsaktivität des Virus ist die zu erwartende Infektionssituation nicht absehbar und somit unter anderem auch die möglichen Infektions- und Hospitalisierungszahlen am Peak einer Welle. Dies wird auch in den vier Szenarien des Variantenmanagementplans ausgeführt. Aus Wiener Sicht muss ein Plan für das Pandemiemanagement der kommenden Monate folgende Elemente enthalten:*
	1. *Die Ziele des Pandemiemanagements müssen klar definiert sein.*
	2. *Es muss klar sein in welcher Hierarchie diese Ziele zueinanderstehen.*
	3. *Es muss definiert sein welche unterschiedlich möglichen Infektionssituationen der Epidemie/Pandemie im Herbst/Winter 2022/2023 bestehen können (nach den Parametern Infektionswahrscheinlichkeit und Erkrankungsschwere).*
	4. *Für diese jeweils möglichen Infektionssituationen sind die notwendigen Maßnahmen zur Zielerreichung festzulegen. 5. Aus Zielsetzung, Infektionssituation und Maßnahmen ergeben sich die unterschiedlichen vier (vom Bund) bereits definierten Szenarien. Die Szenarien unterscheiden sich daher in der jeweiligen Beschreibung der Zielsetzung, Infektionssituation und Maßnahmen. 6. Neben der Beschreibung der Szenarien für den Herbst sind auch die Maßnahmen festzulegen, die vor bzw. während des Sommers zu setzen sind. Für eine sichere Vorbereitung ist dabei von Szenario 4 (sehr ungünstiger Fall) auszugehen. Stellungnahme zu den Unterlagen:*
	5. *Die übermittelten Unterlagen werden als gute Grundlage für die Erstellung eines Planes erachtet, können aber nicht als Entwurf dieses Plans verstanden werden. Trotzdem wird in der Beilage gerne im Detail zu den übermittelten Unterlagen Stellung genommen. Überdies sind in der Beilage Grafiken angeschlossen, die die obigen Ausführungen zur Strukturierung der Planung illustrieren.*

Kommentator	Anmerkung
Wien	*Beilage 2: Grafiken Planungen Herbst*

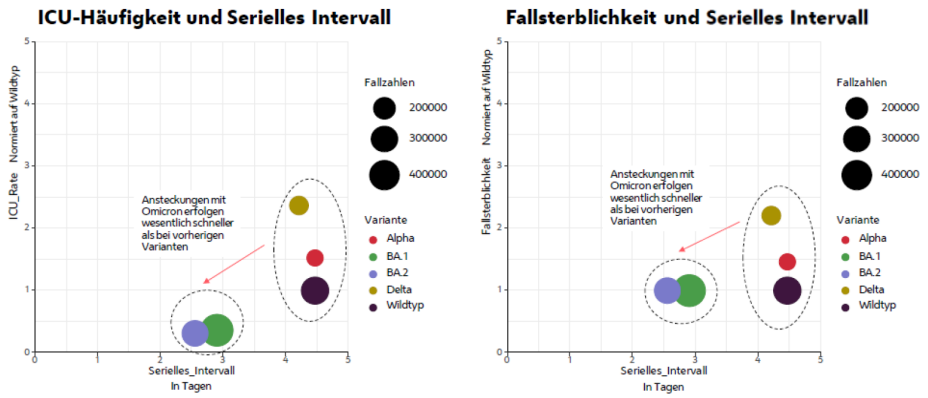
Beilage 2 – Planungen für den Herbst 2022

Die folgenden Folien zeigen die möglichen Entwicklungen für den Herbst 2022.

- **Folie 2** ist eine Bestandsaufnahme bezogen auf die **naive Bevölkerung**. So haben sich die unterschiedlichen Varianten von SARS-CoV2 (Wildtyp, Alpha, Delta, Omicron BA.1 und Omicron BA.2) zueinander entwickelt.
- **Folie 3** zeigt mögliche **Situationen im Herbst** bezogen auf die **Gesamtbevölkerung**.
- **Folie 4** ordnet die vier Szenarien des Bundes grob zu.
- **Folie 5** zeigt die Maßnahmenschwerpunkte je Szenario.
- **Folie 6** schließlich zeigt erwartete Infektionssituationen im Herbst 2022 – erneut bezogen auf die **Gesamtbevölkerung**.

Wiener Gesundheitsverbund | Für die Stadt Wien

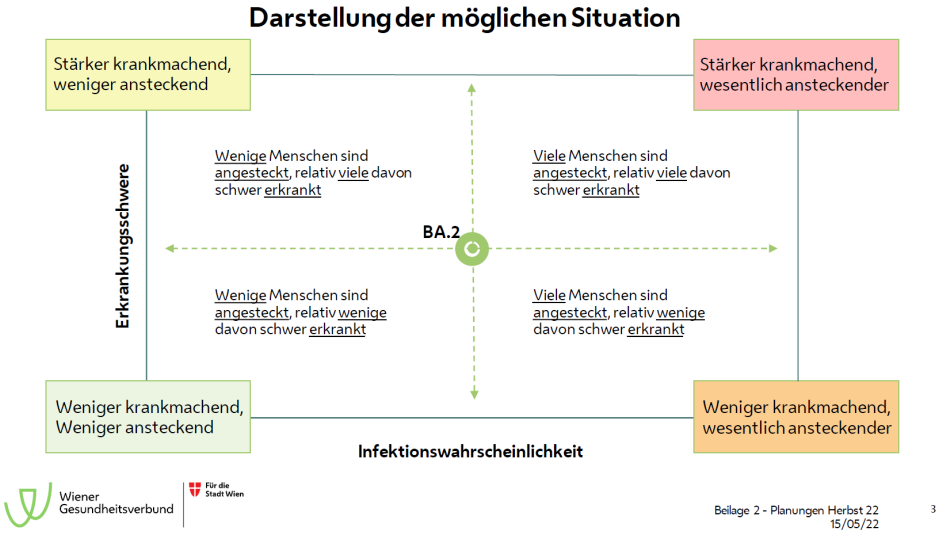
Beilage 2 - Planungen Herbst 22
15/05/22 1

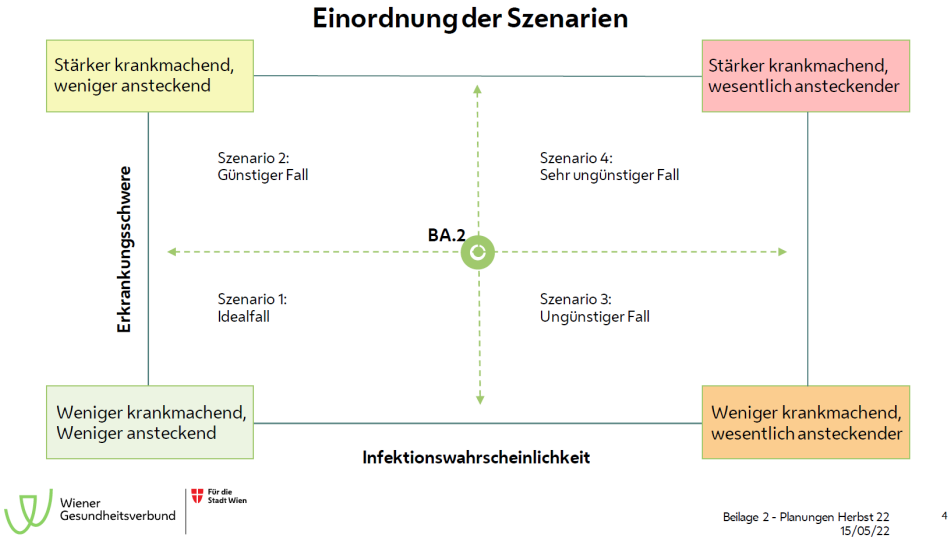


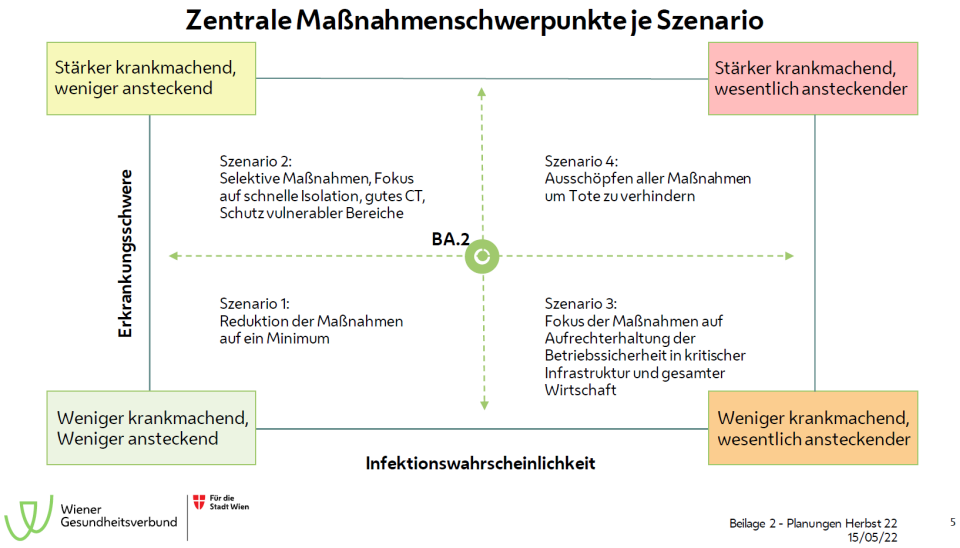
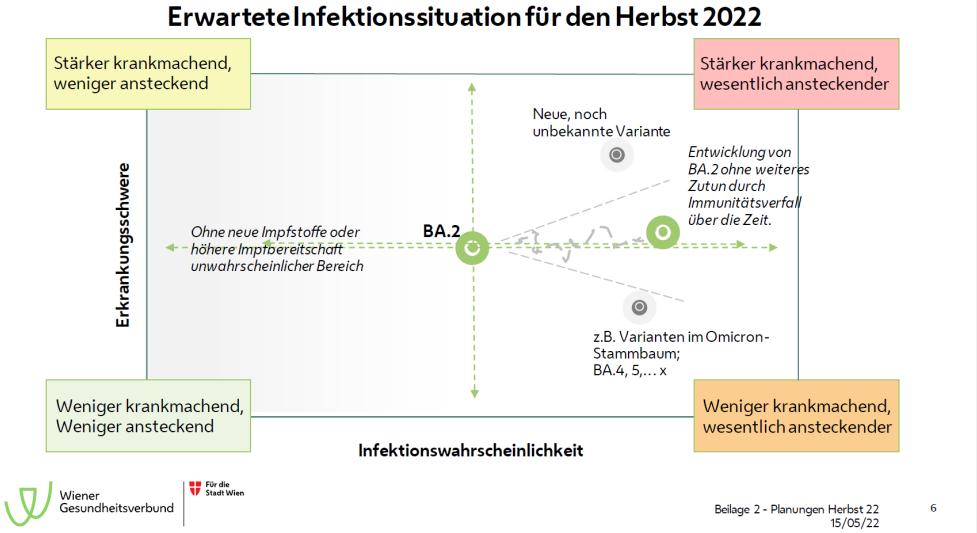
Wiener Gesundheitsverbund | Für die Stadt Wien

Beilage 2 - Planungen Herbst 22
15/05/22 2

Kommentator	Anmerkung





Kommentator	Anmerkung
	 
Tirol	• *Eine klare Zieldefinition für das Setzen von Maßnahmen innerhalb des Variantenmanagementplans fehlt.* • *„Was möchte man erreichen“ z.B. Schutz vor Überlastung des Gesundheitssystems, der versorgungskritischen Strukturen, Vermeidung einer Übersterblichkeit in Altersheimen, Vermeidung von künftigen Long Covid Erkrankungen … die einzelnen Empfehlungen oder Maßnahmen dann entsprechend stringent durchziehen.* • *Szenarien für alle Bereiche gleich definieren Im Bereich Testen besteht im Szenario 1 keine Meldepflicht(S33) bei Non Pharmaceutical Intervention (NPI) soll die Meldepflicht bleiben*

Kommentator	Anmerkung
	• *Psychosoziale Gesundheit und Long Covid sind nicht Szenario-spezifisch zu versorgen.* ***Rückmeldung Team Corona-Rechtsberatung*** ***I. Punktation:*** • *Die Dokumente sind nachvollziehbar und schlüssig und können als Basis für die rechtliche Umsetzung von Maßnahmen und Strategien herangezogen werden (vgl. unten Punkt. II. B. 1.).* • *Bei der Finalisierung des Dokuments sollten – um ex ante rechtliche Fallstricke zu vermeiden – Expert:innen aus der juristischen Praxis sowie Wissenschaft hinzugezogen werden (vgl. unten Punkt II. B. 1.a).* • *Die Zusammenarbeit und Strategiefindung sollte auf europäischer Ebene verdichtet bzw. ausgebaut werden; insbes. sollte auf eine europaweit einheitliche Vorgabe der Gültigkeitsdauern von Test-, Impf-, und Genesungsnachweisen hingewirkt werden (vgl. unten Punkt II. B. 1.b).* • *Die zum Teil veralteten (z.B. Epidemiegesetz 1950, Absonderungsverordnung, etc.) und zersplitterten Rechtsgrundlagen sollten in ein einheitliches, dem aktuellen Sachstand sowie der Rechtsprechung angepasstes COVID-19-Regelungswerk gegossen werden (vgl. unten Punkt II. B. 1.c).* • *Das Kontaktpersonenmanagement sollte grundsätzlich überdacht werden; insbesondere sollte eine verstärkte Priorisierung nach Vollzahlen und Immunisierungsgrad erfolgen (vgl. unten Punkt II. B. 2.).* • *Es sollte auch in Zukunft grds. auf die FFP2-Maske gesetzt werden, da diese durchaus in der Bevölkerung akzeptiert ist und hinsichtlich des MNS einen größeren Fremd- als auch Eigenschutz bietet (vgl. unten Punkt II. B. 3.).* • *Die Vorgabe einer generellen Homeoffice-Verpflichtung im Risiko-Szenario 4 scheint undurchführbar und müsste nach Berufsgruppen und Aufgaben differenziert werden (vgl. unten Punkt II. B. 4.).* • *Die Ernennung von Koordinator:innen zur Gewährleistung des Belagsmanagements (Ärzt:innen mit einschlägiger Fachexpertise in der Intensivmedizin) wird begrüßt. Eine rechtliche Implementierung (z.B. KAG) scheint notwendig (vgl. unten Punkt II. B. 5.).* • *Die Ausweitung der Datensammlung wird – soweit datenschutzrechtliche Grundsätze eingehalten werden – begrüßt, wobei es zu bedenken gilt, dass*

Kommentator	Anmerkung
	diese mitunter einen erhöhten Personal- und Zeitaufwand (z.B. COVID-19-Register) mit sich bringen (vgl. unten Punkt II. B. 6.).
	II. Inhaltliche Ausführungen zur Punktation:
	A. Einleitung
	• *Die vorliegenden Dokumente „Variantenmanagementplan" sowie „Ergebnisdokumentation des Expert:innenworkshops" versuchen aufbauend auf und abhängig von vier konkreten Gefährdungs- und Risikoszenarien einen Strategieansatz für das Pandemiemanagement zu erarbeiten. Die Ausführungen basieren dabei weniger auf einem juristischen, sondern mehr auf einem operativen, medizinisch-fachlichen, soziologischen und psychologischen Ansatz.*
	• *Die untenstehenden Anmerkungen und Vorschläge zu den genannten Dokumenten stützen sich zum größten Teil auf eigene Erfahrungswerte, welche das Team der Corona-Rechtsberatung im Rahmen seiner Aufgaben sammeln konnte. Diese erfolgen – wenn auch nur oberflächlich – aus juristischer Sicht und sollten bei der weiteren Ausarbeitung und anschließenden Umsetzung der beschriebenen Strategien (in Wechselwirkung mit dem konkreten Gefährdungsszenario) berücksichtigt werden.*
	B. Anmerkungen
	1. Grundsätzliches
	Der Aufbau des Dokuments lässt darauf schließen, dass das Dokument als „Handbuch" für die Politik und anschließende Umsetzung von rechtlichen Vorgaben dienen soll. Dieser szenarien-basierte Planungsansatz ist jedenfalls zu begrüßen, um für zukünftige Herausforderungen im Pandemiemanagement bestmöglich gerüstet zu sein. Insbesondere der Ansatz, dass bereits präventiv bei Auftreten einer (potentiell) gefährlichen Virusmutation Maßnahmen ergriffen werden und nicht erst gebremst wird, wenn man vor einer Wand aus exorbitant hohen Infektions- und Belegszahlen steht, scheint schlüssig.
	a) Einbindung von Expert:innen
	Wie bereits darauf hingewiesen, scheint der juristische Part bei der Ausarbeitung des besagten Dokuments eher eine untergeordnete Rolle gespielt zu haben. Gerade das föderalistische System des Österreichischen Bundesstaates mit dem verfassungsrechtlichen Konstrukt der mittelbaren Bundesverwaltung gebietet jedoch eine fundierte rechtliche Begleitung bei

Kommentator	Anmerkung
	der Ausarbeitung von derartigen Szenarien. Insbesondere sind die unterschiedlichen (verfassungs-)rechtlich vorgegebenen Zuständigkeiten der Gebietskörperschaften und ihre personellen wie fachlichen Ressourcen bei der Vorgabe von Strategien von besonderer Wichtigkeit. Dabei sollte im Speziellen auf die bisher gesammelten Erfahrungen der im Vollzug tätigen Länder und Bezirkshauptmannschaften zurückgegriffen werden. Es wäre daher wünschenswert, wenn bereits im Vorfeld bei der Entwicklung von Strategien betreffend die zukünftige Pandemiebekämpfung eine praxisbezogene juristische Expert:innen-Begleitung erfolgt.
	b) Umsetzung von Strategien auf europäischer Ebene:
	Dass eine Pandemie nicht vor Landesgrenzen Halt macht, liegt in ihrer Natur. Umso wichtiger scheint es, die auf der nationalstaatlichen Ebene entwickelten Pandemiebekämpfungsstrategien und Lösungsansätze (noch mehr als bisher erfolgt) auf die europäische bzw. internationale Ebene zu heben und dort zu verdichten. Von diesem Gedanken ist das gegenständliche Dokument allerdings nur teilweise getragen. So würde etwa die Installation eines einheitlichen europäischen Meldesystems für SARS-CoV-2 bzw. dessen Verschneidung mit den nationalstaatlichen Meldesystemen Vorteile, etwa bei der länderübergreifenden Dokumentation und Ausstellung von Impf-, Genesungs-, und Testzertifikaten bringen sowie ein besseres datenbasiertes Monitoring bewirken. Auch die Abwicklung der Repatriierungen von positiv getesteten oder ansteckungsverdächtigen Personen muss in größerem Ausmaße, als bisher international geregelt und gesteuert werden und sind die dafür notwendigen Vernetzungs- und Kooperationsmöglichkeiten der Behörden auszubauen.
	Zudem sollte mehr auf die einheitliche (zumindest europaweite) Vorgabe der Gültigkeitsdauer von Impf-, Genesungs-, und Testzertifikaten hingewirkt werden, um den grenzüberschreitenden Personenverkehr vor dem Hintergrund der Nachweismöglichkeit „Grüner Pass“ auch in Zeiten der Pandemie möglichst barrierefrei aufrechtzuerhalten.
	c) Schaffung neuer Rechtsgrundlagen:
	Die dargestellten Szenarien und Strategien bedingen auf aktuellem Sachstand aufbauende Rechtsgrundlagen, welche die bisher gesammelten Pandemiemanagement-Erfahrungen miteinbeziehen. Dem wird das derzeitige Epidemierecht nur teilweise gerecht. Für die weitere Pandemiebekämpfung wird es daher entscheidend darauf ankommen, dementsprechende taugliche

Kommentator	Anmerkung
	Rechtsgrundlagen zu schaffen und die bisherige höchstrichterliche Judikatur darin einfließen zu lassen. *Von Seiten der Landeshauptleute wurde diesbezüglich bereits im Herbst 2021 ein Positionspapier erarbeitet, welches in der Strategieplanung zu berücksichtigen ist. Die wesentlichsten Forderungen darin sind:* • *Zusammenführung der gesetzlichen Grundlagen in einem neuen Epidemiegesetz, Übernahme jener Instrumente aus dem COVID-19-Maßnahmengesetz, die sich bewährt haben, Reintegration der während der COVID-19-Pandemie geschaffenen spezifischen Regelungen für den Schulbereich;* • *Schaffung von im Hinblick auf grundrechtliche Erfordernisse und die Anforderungen des Legalitätsprinzips adäquaten und klaren gesetzlichen Grundlagen für individuelle und generelle behördliche Anordnungen zur Verhinderung bzw. Eindämmung der Verbreitung anzeigepflichtiger Krankheiten in einem kohärenten Gesamtsystem (AuvBZ per Telefon bei Überlastung der Gesundheitsbehörden etc.);* • *Evaluation und ggf. Anpassung der Aufgaben- und Zuständigkeitszuweisung an die verschiedenen Verwaltungsebenen (Bundesminister – Landeshauptmann – Bezirksverwaltungsbehörde) unter Berücksichtigung der Organisationsprinzipien der mittelbaren Bundesverwaltung;* • *Flexibilisierung der Zuständigkeiten in Richtung eines Spielraums der Länder, Aufgaben entweder vom Landeshauptmann oder von der Bezirksverwaltungsbehörden besorgen zu lassen (denkbar sind hier Delegations- und Arrogationsmodelle), insbesondere Schaffung der Möglichkeit des Landeshauptmanns, die Zuständigkeit von den Bezirksverwaltungsbehörden an sich zu ziehen (zB für ein landesweit einheitlich organisiertes „Contact-Tracing“ oder die Abwicklung von Massenverfahren, etwa betreffend Entschädigungen);* • *Überarbeitung und Vereinfachung der gesetzlichen Grundlagen für Entschädigungen aufgrund behördlicher Maßnahmen und die Abwicklung der betreffenden Verfahren (etwa durch Pauschalregelungen für gleichgelagerte Fälle);* ***C. Zusammenfassung***

Kommentator	Anmerkung
	Die gegenständlichen Dokumente kommen sehr umfassend fachlich erarbeitet und durchaus schlüssig daher, obwohl die Einbeziehung von juristischer Expertise wohl (noch) nicht tiefgreifend erfolgt ist. Wesentlich wird es daher sein, auch die rechtlichen Möglichkeiten der beschriebenen Strategien zu analysieren bzw. deren verfassungsrechtlichen Rahmen fundiert auszuloten. Die durchaus innovativen Gedankengänge, welche im Dokument erarbeitet wurden, sollten zudem auch von einer entsprechend korrespondierenden und sachadäquaten Rechtsgrundlage getragen sein, sodass das gegenständliche Dokument zum Anlass genommen werden sollte, einen entsprechenden Prozess zur rechtlichen Umsetzung auf mehreren Ebenen einzuleiten.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Illustration of the role of SARS-CoV-2 wastewater surveillance as a source of data on COVID-19 and SARS-CoV-2 shedding in communities 41

Abbildung 2: Methods of surveillance 46

Abbildung 3: Einmeldemöglichkeit in das EMS 108

Abbildung 4: COVID-19 bezogene Datenkörper in Österreich - Status Quo 109

Abbildung 5: Versorgungspfad 116

Abbildung 6: Interventionspyramide für psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung der IASC mit exemplarischen Maßnahmen. 121

Abbildung 7: Management-/Risikozyklus 123

LITERATURVERZEICHNIS

Abaluck, Jason; Kwong, Laura H; Styczynski, Ashley; Haque, Ashraful; Kabir, Md Alamgir; Bates-Jefferys, Ellen; Crawford, Emily; Benjamin-Chung, Jade; Raihan, Shabib; Rahman, Shadman (2021): Impact of community masking on COVID-19: A cluster-randomized trial in Bangladesh. In: Science:eabi9069

Agarwal, A.; Rochwerg, B.; Lamontagne, F.; Siemieniuk, R. A.; Agoritsas, T.; Askie, L.; Lytvyn, L.; Leo, Y. S.; Macdonald, H.; Zeng, L.; Amin, W.; Barragan, F. A. J.; Bausch, F. J.; Burhan, E.; Calfee, C. S.; Cecconi, M.; Chanda, D.; Dat, V. Q.; De Sutter, A.; Du, B.; Freedman, S.; Geduld, H.; Gee, P.; Gotte, M.; Harley, N.; Hashimi, M.; Hunt, B.; Jehan, F.; Kabra, S. K.; Kanda, S.; Kim, Y. J.; Kissoon, N.; Krishna, S.; Kuppalli, K.; Kwizera, A.; Lado Castro-Rial, M.; Lisboa, T.; Lodha, R.; Mahaka, I.; Manai, H.; Mino, G.; Nsutebu, E.; Preller, J.; Pshenichnaya, N.; Qadir, N.; Relan, P.; Sabzwari, S.; Sarin, R.; Shankar-Hari, M.; Sharland, M.; Shen, Y.; Ranganathan, S. S.; Souza, J. P.; Stegemann, M.; Swanstrom, R.; Ugarte, S.; Uyeki, T.; Venkatapuram, S.; Vuyiseka, D.; Wijewickrama, A.; Tran, L.; Zeraatkar, D.; Bartoszko, J. J.; Ge, L.; Brignardello-Petersen, R.; Owen, A.; Guyatt, G.; Diaz, J.; Kawano-Dourado, L.; Jacobs, M.; Vandvik, P. O. (2020): A living WHO guideline on drugs for covid-19. In: Bmj 370/:m3379

AGES (2022): Coronavirus [Online]. Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH. https://www.ages.at/mensch/krankheit/krankheitserreger-von-a-bis-z/coronavirus#c12435 [Zugriff am 06.05.2022]

Bathke, Arne C.; Bergthaler, Andreas; Cypionka, Thomas; Elling, Ulrich; Foitik, Gerry; Gansterer, Margaretha; Gottlob, Anita; Hopfe, Christina; Klimek, Peter; König, Thomas; Korunka, Christian; Kreuzinger, Norbert; Kritzinger, Sylvia; Popper, Niki; Pöschl, Ulrich; Siebenhofer-Kroitzsch, Andrea; Siebert, Uwe; Schmidt, Andrea E.; Stampfer, Michael; Stamm, Tanja; Schober, Barbara; Wagner, Michael (2022): Covid-19: Szenarien für Herbst/Winter und darüber hinaus. Future Operations Board

BKA (2022): Publikationen der Bioethikkommission [Online]. Bundeskanzleramt. https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik.html [Zugriff am 06.05.2022]

BMI (2022): Krisen- und Katastrophenmanagement [Online]. Bundesministerium für Inneres. https://www.bmi.gv.at/204/Katastrophenmanagement/start.aspx [Zugriff am 03.05.2022]

BMSGPK (2022a): COVID-19 - Technische Informationen für Laborsoftware und elektronische Arztmeldung ins EMS [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflegeund Konsumentenschutz. https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Rechtliches/COVID-19-Technisches-f%C3%BCr-Labor-und-%C3%84rzte.html [Zugriff am 04.05.2022]

BMSGPK (2022b): Die COVID-19-Pandemie. Bestandsaufnahme und Handlungsrahmen. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Brown, Caroline Sarah; Jorgensen, Pernille; Mott, Joshua A.; Pereyaslov, Dmitriy; Martiryosan, Liana; Meerhoff, Tamare; Gross, Diane (2011): WHO Regional Office for Europe guidance for sentinel influenza surveillance in humans. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Cheung, Winston K; Myburgh, John; Seppelt, Ian M; Parr, Michael J; Blackwell, Nikki; DeMonte, Shannon; Gandhi, Kalpesh; Hoyling, Larissa; Nair, Priya; Passer, Melissa (2012): A multicentre evaluation of two intensive care unit triage protocols for use in an influenza pandemic. In: Medical journal of Australia 197/3:178-181

Datenplattform COVID-19 (2022): Datenplattform COVID-19 [Online]. Gesundheit Österreich GmbH. https://datenplattform-covid.goeg.at/ [Zugriff am 06.05.2022]

Deci, Edward L; Ryan, Richard M (2004): Handbook of self-determination research. University Rochester Press,

Degelsegger-Márquez, Alexander (2021): Gesundheitsdaten in Österreich – ein Überblick. Gesundheit Österreich, Wien

Dönges, Philipp; Wagner, Joel; Contreras, Sebastian; Iftekhar, Emil N.; Bauer, Simon; Mohr, Sebastian B.; Dehning, Jonas; Calero Valdez, André; Kretzschmar, Mirjam; Mäs, Michael; Nagel, Kai; Priesemann, Viola (2022): Interplay Between Risk Perception, Behavior, and COVID-19 Spread. In: Frontiers in Physics 10/:Articel 842180

EXPH (2018): Opinion on Innovative payment models for high-cost innovative medicines. European Commission. Available from: https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-11/opinion_innovative_medicines_en_0.pdf, Brussels

Fiotik, Gerry; Forgo, Nikolaus; Hopfe, Christina J.; Pöschl, Ulrich; Schmidt, Andrea E.; Schober, Barbara; Siebert, Uwe; Wagner, Michael (2022): Empfehlungen und Grundregeln für den Infektionsschutz gegen die Übertragung von SARS-CoV-2/COVID-19 in Schulen Future Operations, https://futureoperations.at/fileadmin/user_upload/k_future_operations/FOP_GrundregelnSchule_2022_06_01.pdf

Hasselt University (2022): The CoMix Study [Online]. https://www.uhasselt.be/en/aparte-sites-partner-en/epipose/the-comix-study [Zugriff am 06.05.2022]

Haug, N; Geyrhofer, L; Londei, A; Dervic, E; Desvars-Larrive, A; Loreto, V (2020): Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions. Nature Human Behavior. In: Nat Hum Behav 4/:1303–1312.https://doi.org/1310.1038/s41562-41020-01009-41560

Helleis, Frank; Klimach, Thomas ; Pöschl, Ulrich (2022): Vergleich verschiedener Lüftungsmethoden gegen die Aerosolübertragung von COVID-19 und für erhöhte Luftqualität in Klassenräumen: Fensterlüften, Abluftventilatoren, Raumlufttechnik und Luftreiniger (2.0). https://doi.org/10.5281/zenodo.6049289, Zenodo

Helliwell, John F.; Layard, Richar; Jeffrey, Sachs; De Neve, Jan-Emmanuel (Hg.) (2021): World Happiness Report Sustainable Development Solutions Network, New York

IASC (2007): Iasc Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Inter-Agency Standing Committee, Geneva

IASC (2022): Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak [Online]. Inter-Agency Standing Committee. https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak [Zugriff am 03.05.2022]

Kluge, Stefan; Janssens, Uwe; Welte, Tobias; Weber-Carstens, Steffen; Schälte, Gereon; Spinner, Christoph D; Malin, Jakob J; Gastmeier, Petra; Langer, Florian; Bracht, Henrik; Westhoff, Michael; Pfeifer, Michael; Rabe, Klaus F.; Hoffmann, Florian; Böttiger, Bernd W.; Weinmann-Menke, Julia; Kersten, Alexander; Berlit, Peter; Kawczyk, Marcin; Nehls, Wiebke; Haase, Reiner; Müller, Oliver J.; Specker, Christof; Nothacker, Monika; Marx, Gernot; Karagiannidis, Christian (2022): S3-Leitlinie - Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19. online, AWMF, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-001LGl_S3_Empfehlungen-zur-stationaeren-Therapie-von-Patienten-mit-COVID-19_2022-03.pdf

Krueger, Tyll; Gogolewski, Krzysztof; Bodych, Marcin; Gambin, Anna; Giordano, Giulia; Cuschieri, Sarah; Czypionka, Thomas; Perc, Matjaz; Petelos, Elena; Rosińska, Magdalena; Szczurek, Ewa (2022): Risk assessment of COVID-19 epidemic resurgence in relation to SARS-CoV-2 variants and vaccination passes. In: Communications Medicine 2/1:23

Magnusson, Karin; Nygård, Karin; Methi, Fredrik; Vold, Line; Telle, Kjetil (2021): Occupational risk of COVID-19 in the 1st vs 2nd wave of infection. In: medRxiv:2020.2010.2029.20220426

Marmot, Michael; Allen, Jessica; Goldblatt, Peter; Herd, Eleanor; Morrison, Joana (2021): Build back fairer: the COVID-19 Marmot review the pandemic, socioeconomic and health inequalities in England. Institute of Health Equity, London

Max-Plank-Institut (2022a): Moriske H.J., Bodenschatz Eberhard, Curtius Joachim, Exner Martin, Herr Caroline, Hopfe Christina J., Müller Dirk, Niessner Jennifer, Pöschl Ulrich, Salthamer Tunga, Seipp Martin, Steffens Thomas, Witt Christian, Willich Stefan N. Aktuelle Empfehlungen für die lufthygienische Infektionsprophylaxe in Schulen während der COVID-19-Pandemie 14 Dezember 2021, Version 11 [Online]. Max-Plank-Gesllschaft. https://www.mpic.de/5099053/schulbetriebpandemie [Zugriff am 03.05.2022]

Max-Plank-Institut (2022b): Pöschl, Ulrich / Witt, Christian. Stellungnahme zur Wirksamkeit und Nutzung von Gesichtsmasken gegen COVID-19 vom 29 Juni 2021 [Online]. Max-Plank-Gesllschaft. https://www.mpic.de/4972415/stellungnahme [Zugriff am 03.05.2022]

Mendez-Brito, Alba; El Bcheraoui, Charbel; Pozo-Martin, Francisco (2021): Systematic review of empirical studies comparing the effectiveness of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. In: Journal of Infection 83/3:281-293

MUG (2021): COVI-Ad — Kärnten. Befragung zur Adhärenz mit COVID-19-Regeln. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung / Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation, Medizinische Universität Graz, Graz

NIH (2022): Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines [Online]. National Institutes of Health. https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/ [Zugriff am 05.05.02022]

Nittas, V.; Gao, M.; West, E. A.; Ballouz, T.; Menges, D.; Wulf Hanson, S.; Puhan, M. A. (2022): Long COVID Through a Public Health Lens: An Umbrella Review. In: Public Health Rev 43/:1604501

ÖGAM (2022): Antivirale Therapie – COVID-19: Grundlagen und Risikofaktoren Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, https://www.kl.ac.at/sites/default/files/doc/uebersicht_antivirale_therapie_-_covid-19_fuer_die_hausaerztliche_primaerversorgung_-_update_250322.pdf

ÖPGK (2022): Gute Gesundheitsonformation Österreich [Online]. https://oepgk.at/gute-gesundheitsinformation-oesterreich/ [Zugriff am 06.05.2022]

Planas, Delphine; Saunders, Nell; Maes, Piet; Guivel-Benhassine, Florence; Planchais, Cyril; Buchrieser, Julian; Bolland, William-Henry; Porrot, Françoise; Staropoli, Isabelle; Lemoine, Frederic (2022): Considerable escape of SARS-CoV-2 Omicron to antibody neutralization. In: Nature 602/7898:671-675

RKI (2022): Fachgruppe COVRIN. COVID-19: Therapiehinweise und Empfehlungen [Online]. Robert Koch-Institut. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Therapie/Therapie_Tab.html;jsessionid=2E98874DC8EB40E7030194555D213E7F.internet102?nn=16719268 [Zugriff am 05.05.2022]

Stamm, Tanja A.; Partheymüller, Julia; Mosor, Erika; Ritschl, Valentin; Kritzinger, Sylvia; Eberl, Jakob-Moritz (2022): Coronavirus vaccine hesitancy among unvaccinated Austrians: Assessing underlying motivations and the effectiveness of interventions based on a cross-sectional survey with two embedded conjoint experiments. In: The Lancet Regional Health - Europe:100389. https://doi.org/100310.101016/j.lanepe.102022.100389 www.thelancet.com Vol 100300 Month , 102022 100381 Articles

UKE (2021): COPSY-Studie: Kinder und Jugendliche leiden psychisch weiterhin stark unter Corona-Pandemie [Online]. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite_104081.html [Zugriff am 03.05.2022]

WHO (2021): Recommendations from the WHO Technical Advisory Group on the mental health impacts of COVID-19 in the WHO European Region. World Health Organization Regional Office for Europe, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/507753/TAG-mental-health-COVID-19-recommendations-eng.pdf

WHO (2022a): Environmental surveillance for SARS-COV-2 to complement public health surveillance. Interim Guidance 14 April 2022. World Health Organization, https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-ECH-WSH-2022.1

WHO (2022b): Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. World Health Organization, https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

Wouters, Olivier J.; Shadlen, Kenneth C.; Salcher-Konrad, Maximilian; Pollard, Andrew J.; Larson, Heidi J.; Teerawattananon, Yot; Jit, Mark (2021): Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment. In: Lancet (London, England) 397/10278:1023-1034

Zimmermann, Bettina M; Fiske, Amelia; McLennan, Stuart; Sierawska, Anna; Hangel, Nora; Buyx, Alena (2021): Motivations and limits for COVID-19 policy compliance in Germany and Switzerland. In: International journal of health policy and management:doi: 10.34172/IJHPM.32021.34130

ABKÜRZUNGEN

Abk.	Abkürzung
AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
AIHTA	Austrian Institute for Health Technology Assessment
ARI	Acute respiratory infection
AUS	Australien
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BMA	Bundesministerium für Arbeit
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
bPK	bereichsspezifisches Personenkennzeichen
CeMM	Center for Molecular Medicine
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control (Europäische Seuchenschutzbehörde)
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
EpiG	Epidemiegesetz 1950
EU	Europäische Union
EWS	Early Warning Scores
GB	Großbritannien
GECKO	gesamtstaatlichen Krisenkoordination
ggf.	gegebenenfalls
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HTA	Health technology assessment
IASC	Inter Agency Standing Committee
ICU	Intensive Care Unit
ILI	Influenza-like Illness
IMCU	Intermediate Care Units
inkl.	inklusive
JPN	Japan
KIS	Krankenhausinformationssystem(e)
LD	Long COVID
M	Maßnahme

med.	medizinisch
MNS	Mund-Nasen-Schutz
MoH	Ministry of Health
ONK	Onkologie
ÖRK	Österreichisches Rotes Keuz
OSR	Oberster Sanitätsrat
PCR	Polymerase chain reaction
RKI	Robert-Koch-Institut
RSV	Respiratorisches Synzytial-Virus
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
SPOC	Single Point of Communication
SuSY	Surveillance Systems
tlw.	teilweise
TTI	Testen-Tracen-Isolieren
TPP	Target Product Profiles
UK	United Kingdom
Usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
VOC	Variant of Concern
VOI	Variant of Interes
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZAE	zentrale ambulante Erstversorgungseinheiten
z. B.	zum Beispiel