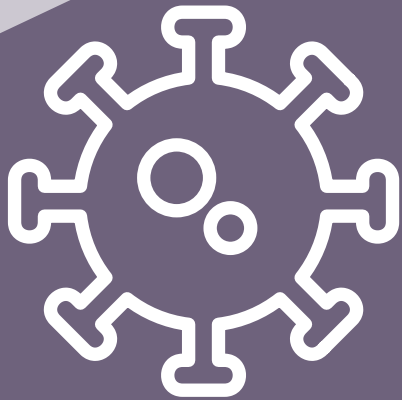
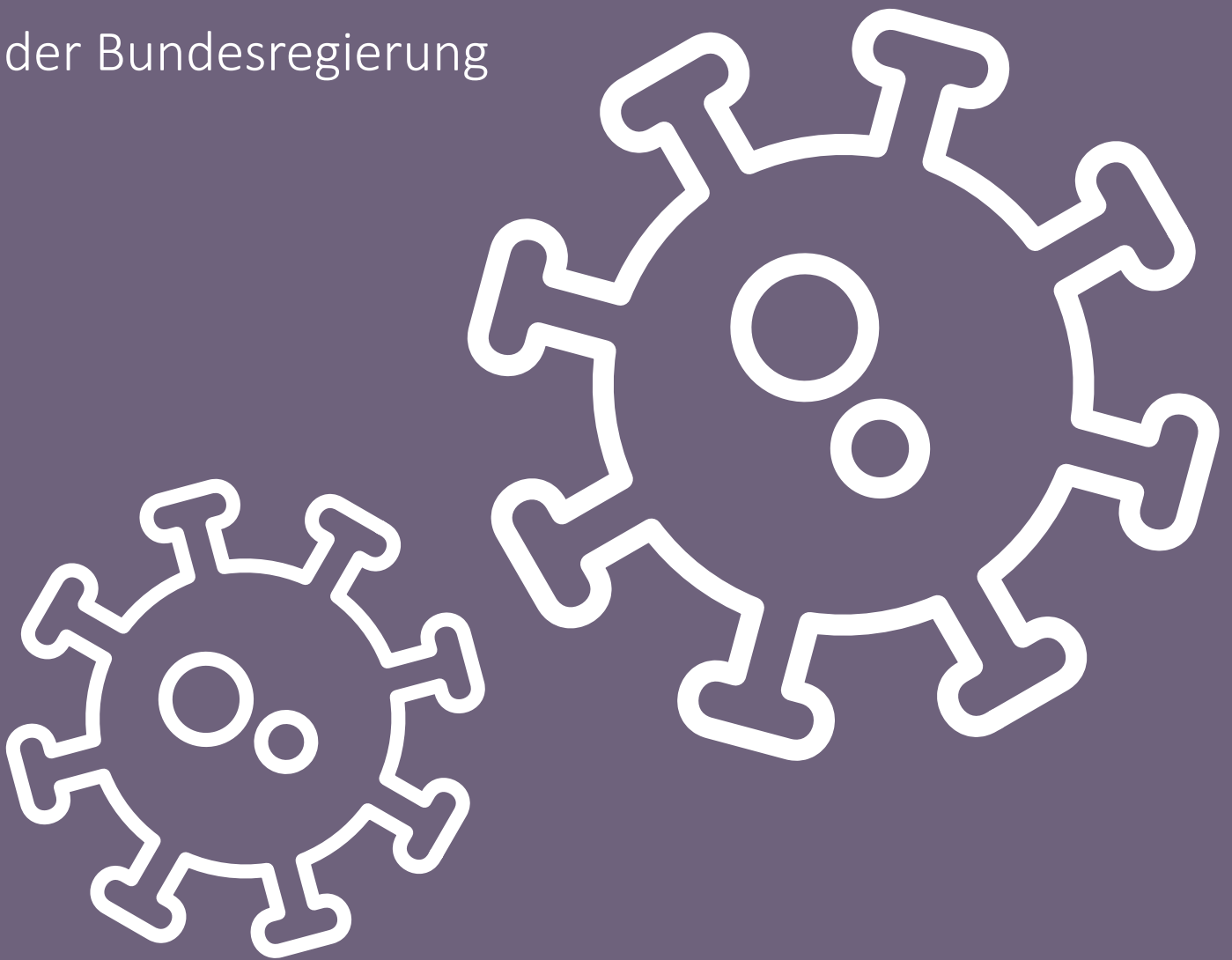




Variantenmanagementplan

der Bundesregierung



Impressum

Medieninhaber:innen und Herausgeber:innen:

Bundeskanzleramt Österreich (BKA)
Ballhausplatz 2, 1010 Wien

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

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Druck: BMSGPK Wien, 2022

Layout und grafische Gestaltung: Alexander Rein

Grafik: BMSGPK

Alle Rechte vorbehalten:

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

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BKA sowie des BMSGPK ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Medieninhaber:innen dar und können der Rechtssprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Ziel des Variantenmanagementplans	4
2.	The new normal: Grundsätze zum Leben mit COVID-19	5
3.	Beschreibung der Szenarien	9
3.1.	Szenario 1 - Idealfall / Reasonable Best Case	10
3.2.	Szenario 2 - Günstiger Fall / Central Optimistic	11
3.3.	Szenario 3 - Ungünstiger Fall / Central Pessimistic	12
3.4.	Szenario 4 - Sehr ungünstiger Fall / Reasonable Worst Case	13
4.	Surveillance	14
5.	NPI - Nicht-pharmazeutische Interventionen	17
6.	Testen	20
7.	Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung	22
8.	Impfstoffe und Impfungen	24
9.	Therapien	29
10.	Long COVID	32
11.	Psychosoziale Gesundheit	36
12.	Kapazitäten	39
13.	Daten und Dateninfrastruktur	42
14.	Kommunikation	46
15.	Schule	49
16.	Kultur, Sport und Jugend	52
17.	Arbeit, Wirtschaft und Tourismus	55
18.	Reisen und Internationale Beziehungen	57
19.	Straf- und Maßnahmenvollzug	59

1. Ziel des Variantenmanagementplans

Seit nunmehr fast zweieinhalb Jahren werden die gesundheitspolitischen Anstrengungen weltweit und damit auch in Österreich von der COVID-19-Pandemie bestimmt. Bei allen globalen, regionalen und nationalen Bestrebungen stand von Beginn an das Ziel im Vordergrund, die vielfältigen, insbesondere gesundheitlich negativen Folgen der Pandemie bestmöglich einzudämmen, um die Anzahl an Todesfällen, Beeinträchtigungen der physischen und psychischen Gesundheit, aber auch Einschränkungen im wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Leben so gering wie möglich zu halten.

In diesen zweieinhalb Jahren wurde eine Vielzahl verschiedener Maßnahmen gesetzt, unter- vor allem zu Pandemie-Beginn- großen Unsicherheiten über die Eigenschaften des Virus, immer neuen Virusvarianten und unterschiedlicher gesellschaftlicher Akzeptanz.

Die Erfahrungen der Vergangenheit lassen zudem nur bedingt Rückschlüsse auf die weitere Entwicklung zu: Erstmals erleben wir in diesem Jahr eine Hochinzidenzphase im Sommer. Selbst

wenn wir in den Jahren 2020 und 2021 einen Anstieg der Fallzahlen ab Ende Oktober beobachten konnten, kann daraus nicht zwingend gefolgert werden, dass die COVID-19-Pandemie fortan den beobachteten Mustern folgt.

Für das zukünftige Pandemiemanagement (Planungshorizont 2022/2023) ist es daher sinnvoll, Planungen auf der Grundlage unterschiedlicher Szenarien anzustellen. Dieser Variantenmanagementplan stellt einen Fahrplan für unterschiedliche Ebenen der Verwaltungsministerien, Länder, Bezirksverwaltungsbehörden usw.- dar, um bei verschiedenen pandemischen Lagen angemessen zu handeln.

2. The new normal: Grundsätze zum Leben mit COVID-19

Zu Beginn der Pandemie waren die maßgeblichen internationalen Organisationen und auch viele Expert:innen und Gesundheitspolitiker:innen noch von der Hoffnung getragen, dass sich die COVID-19-Pandemie binnen weniger Jahre völlig eindämmen und auf lange Sicht auslöschen lässt. Nach fast zweieinhalb Jahren Pandemie hat sich heute die Einschätzung durchgesetzt, dass selbst im günstigsten Szenario (siehe Kapitel 3 „Beschreibung der Szenarien“) COVID-19 als Infektionserkrankung weiterhin in unserer Gesellschaft bestehen bleiben wird.

So geht es heute darum, auf lange Sicht unser alltägliches Handeln in allen Lebensbereichen 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 ergeben (zum Beispiel für Risikogruppen, die im Alltag stark eingeschränkt sind, um die Infektionsgefahr zu minimieren), als auch für Einschrän-

kungen aufgrund von Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung (Zugangsbeschränkungen, Maskenpflicht, etc.).

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, die eine große Zahl an COVID-19-erkrankten Personen und gleichzeitig die vielen anderen Menschen, die Gesundheitsleistungen benötigen, adäquat versorgen. Die Beurteilung der Resilienz erfordert eine ganzheitliche Betrachtung aller Versorgungsebenen des Gesundheitssystems beginnend bei der Primärversorgung über die spezialisierte Akutversorgung bis hin zur Rehabilitation sowie aller Funktionsbereiche.

Letztlich geht es darum, das gesamte Versorgungssystem in all seinen vitalen Funktionen krisenfit auszugestalten

und durch vorausschauende Planung zu verhindern, dass die Versorgung von COVID-19-Patient:innen in Konkurrenz zur Regelversorgung tritt.

2.2. Prinzipien der Pandemiebekämpfung

Die Pandemie hat uns gesellschaftlich und politisch vor eine Lose-Lose-Situation gestellt: Keine Gesellschaft dieser Welt stand vor der Wahl eines alternativen Szenarios ohne Pandemie und die Pandemie konnte nicht im Sinne eines Laissez-faire-Ansatzes ignoriert werden.

Bei der Bekämpfung der Pandemie müssen die unterschiedlichen und vorwiegend negativen Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche abgewogen werden. Der Schutz des menschlichen Lebens und die Aufrechterhaltung einer funktionierenden Gesundheitsversorgung sind von oberster Priorität. Es hat sich klar gezeigt, dass negative gesundheitliche Folgen nicht nur aufgrund einer COVID-19-Infektion entstehen. Vielmehr sind auch die psychosozialen Langzeitfolgen miteinzubeziehen, ebenso wie die negativen Begleiterscheinungen etwa durch die Schließung von Bildungseinrichtungen.

Nicht zuletzt stellen auch die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Einschränkungen, Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Absagen kultureller und sportlicher Ereignisse schmerzhaft mittelbare Folgen der Pandemie dar.

Der österreichische Weg in der Pandemiebekämpfung verfolgte bisher vier Prinzipien. Diese wurden der weiteren Ableitung der Maßnahmen in den Folgekapiteln zugrunde gelegt.

1. Priorität des Schutzes von Gesundheit und Leben
2. Möglichst geringe Einschränkung der Grund- und Freiheitsrechte
3. Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung
4. Ausgleich negativer gesellschaftlicher Auswirkungen für größtmögliche soziale Gerechtigkeit

2.3. Regeln und Eigenverantwortung

Die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung haben nicht nur individuelle Konsequenzen. Sie sind zugleich umso wirkungsvoller, wenn sie gemeinsam befolgt werden, da damit auch der kollektive Schutz sichergestellt wird.

Schutzmaßnahmen orientieren sich einerseits an der allgemeinen pandemischen Risikolage und andererseits an spezifischen Settings wie beispielsweise besondere Auflagen für den Besuch von Alten- und Pflegeheimen oder die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln. Es gilt, die Balance zwischen individuellen Freiheitsrechten, dem Schutz vulnerabler Bevölkerungsgruppen und der allgemeinen Pandemiebekämpfung zu finden, nach dem leitenden Prinzip „So viel wie nötig, so wenig wie möglich“.

Der Einsatz von Schutzmaßnahmen für vulnerable Personen ist nicht nur eine Frage der Verantwortung von Einzelpersonen oder Familien, sondern eine Frage gemeinsamer gesellschaftlicher Verantwortung. Die Gesundheit aller in Österreich lebenden Personen muss geschützt werden, egal welcher Gruppe sie angehören: jener, für die eine Infektion mit COVID-19 eine große Gefahr darstellt, oder jener, für die die gesundheitlichen Risiken der Maßnahmen die der COVID-19-Infektion übersteigen (psychologische Folgen, Einschränkungen der medizinischen Versorgung, etc.).

Aufgrund der großen Heterogenität individueller Gesundheitsbedürfnisse ist es unmöglich, mit generellen Maßnah-

men allen Bedürfnissen gerecht zu werden. Bindende Normen – wie durch Gesetze oder Verordnungen angeordnete Maßnahmen – können daher immer nur ein Teil einer effektiven Strategie zur Bekämpfung der Pandemie sein. Sie müssen vorrangig die Bedürfnisse jener Menschen im Blick haben, die sich selbst nicht schützen können. Dies gilt sowohl für medizinisch, sozial oder ökonomisch vulnerable Gruppen, als auch für Orte und Bereiche des öffentlichen Lebens, an denen sich Menschen aufhalten müssen, wie beispielsweise am Arbeitsplatz, in einem Alten- und Pflegeheim oder in öffentlichen Verkehrsmitteln.

Für diese Gruppen bzw. in diesen Bereichen sind die Schutzmaßnahmen eher durch entsprechende Regeln zu normieren und deren Einhaltung durch geeignete Instrumente sicherzustellen als in Bereichen, in denen Menschen die Infektionsgefahr durch individuelles Verhalten selbst reduzieren können.

2.4. Prävention als Teil des alltäglichen Handelns

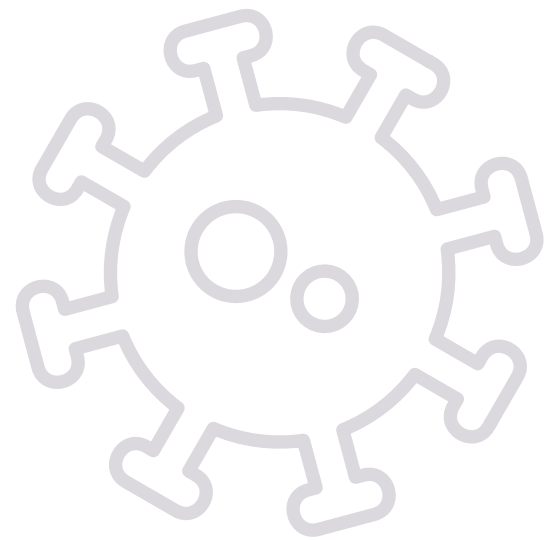
Durch die Pandemie wurde deutlich, dass unser alltägliches – und damit auch habituelles – Handeln einen maßgeblichen Beitrag nicht nur zur Reduktion der Ausbreitung von COVID-19, sondern auch anderer Infektionskrankheiten hat.

So wurde etwa gleich zu Beginn der Pandemie seitens der WHO und der nationalen Behörden auf die Wichtigkeit der Handhygiene und die Einhaltung der Hust- und Niesetikette hingewiesen. Es entstanden neue Formen der persönlichen Begrüßung anstelle des Händeschüttelns oder Küssens. Durch die zunehmende Verfügbarkeit von Desinfektionsmitteln und -spendern konnte an vielen Orten die richtige Handhygiene eingehalten werden.

In der Arbeitswelt – aber auch darüber hinaus – kam es zu einer Bewusstseinsänderung. Es wurde konsequenter auf den gegenseitigen Schutz und die zeitgerechte Inanspruchnahme von Krankenständen bzw. Home-Office geachtet.

Viele Präventionsmaßnahmen sind bereits Teil unseres Alltags geworden und in unsere tägliche Routine übergegan-

gen, sodass sie vielfach unter der eigenen bzw. der kollektiven Wahrnehmungsschwelle verlaufen. Je mehr Routine bei Präventions- und Schutzmaßnahmen in unseren Alltag einzieht, desto weniger spürbar werden Pandemie und Pandemiebekämpfung und umso normaler gestaltet sich unsere „neue Normalität“.



3. Beschreibung der Szenarien

Die bisherigen Wellen der Pandemie wiesen 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 die Impfung und/oder Infektionen der Bevölkerung maßgeblich dafür, mit welcher Ausbreitungsgeschwindigkeit und auch Krankheitslast pandemische Wellen auftreten. Andererseits gehen neue Virusvarianten auch mit veränderter Infektiosität und/oder Virulenz einher, weshalb auch die Wellen seit Anfang 2021 neuen Varianten zugeordnet werden.

Virusvarianten gelten derzeit als maßgebliche Treiber des pandemischen Geschehens, denen in weiterer Folge mit entsprechenden Maßnahmen des Pandemiemanagements zu begegnen ist: beginnend bei Surveillance, Testen, Kontaktpersonenmanagement, Schutzmaßnahmen bis hin zu Therapien im Krankheitsfall sowie deren Folgewirkungen.

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. Durch diese zeitliche Verzögerung zwischen erstmaliger Entdeckung und gehäuftem Auftreten vor Ort ergibt sich jener Zeitraum, für den treffsichere 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 oder an einzelnen Parametern festgemacht 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.

3.1. 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. Geringes Ausmaß an schweren Erkrankungen und milde Symptome vorwiegend in einem Bereich, der keinen Krankenstand erforderlich macht. Insgesamt keine Einschränkungen im wirtschaftlichen, sozialen Leben in Österreich erforderlich.
Virusvariantenentwicklung	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 Erstinfektionen. Es sind geringfügige saisonale und regionale Ausbrüche aufgrund nachlassender Immunität und geringer antigener Veränderungen zu erwarten.
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.
Ausblick Herbst/Winter 2022/2023	Möglicherweise hohe Anzahl an Infektionen, aber relativ geringe Spitalsbelastung mit einer bewältigbaren, vergleichsweise geringen Anzahl an schweren Erkrankungen.

3.2. 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 Varianten verursacht.
	In den klimatisch gemäßigten Zonen kann sich ein saisonales Muster von Ausbrüchen herausbilden.
	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.
Virusvarianten-entwicklung	Partielle Einschränkungen in Hochrisiko-Settings (z.B. Alten- und Pflegeheime) sind lokal begrenzt bzw. kann auch der Einsatz von nicht-pharmazeutischen Schutzmaßnahmen (NPI), wie beispielsweise FFP2-Maske, je nach Lage angezeigt sein.
	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 bei der Delta Variante gekennzeichnet sein können. Schwere Erkrankungen und Todesfälle beschränken sich weitgehend auf Risikogruppen und vermehrtes Auftreten von antiviralen Resistenzen bis Kombinationstherapien verfügbar sind.
Impfstoffe	Eine regelmäßige Auffrischung und ggf. Anpassung der Impfstoffe ist notwendig. 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 wie bei den letzten Omikron-Wellen vergleichbaren Ausmaß und Schweregrad.

3.3. 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 Ausbrüchen neuer Varianten. Es ist zu erwarten, dass immer wieder neue Varianten entstehen, die zu einem maßgeblichen Anstieg an schweren Verläufen und Hospitalisierungen führen. 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. Obwohl nicht zwangsweise schwerwiegender, verursachen wiederholte Infektionswellen weitreichende Störungen des gesellschaftlichen und sozialen Lebens mit zum Teil überproportionalen Auswirkungen auf bestimmte (vulnerable) Gruppen.
Virusvariantenentwicklung	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 initialen Schweregrad der Erkrankung wie bei 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.
Ausblick Herbst/Winter 2022/2023	Das Auftreten einer neuen, besorgniserregenden Variante führt zu einer großen Infektionswelle, möglicherweise auch kurzfristig. Schwere Erkrankungen und Sterblichkeit konzentrieren sich jedoch weiterhin auf bestimmte Gruppen und sind niedriger als vor der Impfung, beispielsweise auf ungeimpfte, gefährdete und ältere Menschen. Aufgrund der hohen Immunevasion sind allerdings möglicherweise auch NPIs wieder verstärkt notwendig. Die Infektiosität der neuen Variante beeinflusst die Dauer und Intensität der Welle. In weiterer Folge treten neue Wellen auf.

3.4. 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-Zellen-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. Es kommt in diesem Szenario zu keiner (weiteren) Entkoppelung 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. Die Einhaltung von NPIs ist vor allem in Infektionswellen mit besonders gefährlichen immunevasiven Varianten unabdinglich. 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 die aktuell zu Verfügung stehenden Impfstoffe weniger wirksam sind. Mögliche Ursachen sind die hohe weltweite Inzidenz, eine unzureichende globale Durchimpfung, die Verbreitung von COVID-19 in Tierreservoirien 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.
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 NPIs.
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. Weitere NPIs (bis hin zu Lockdowns) sowie massive Einschränkungen im globalen Reiseverkehr, aber auch innerhalb der EU, wenn keine EU-weiten einheitlichen Maßnahmen implementiert werden können.

4. Surveillance

4.1. Ausgangslage

Das Epidemiologische Meldesystem (EMS) des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) unterstützt seit 2009 die Überwachung der meldepflichtigen Krankheiten – und somit auch COVID-19 – in Österreich. Es erfasst Labor- und Arztmeldungen über meldepflichtige Krankheiten. Damit besteht gegenwärtig ein umfassendes, fallbasiertes Surveillance-System.

Seit 1999/2000 gibt es in Österreich zusätzlich ein integriertes Sentinel-Surveillance-System für respiratorische Viren in symptomatischen Patient:innen, welches nun auch COVID-19 umfasst. Dieses wird vom Zentrum für Virologie der Medizinischen Universität Wien organisiert und umfasst seit Ende Februar 2020 auch COVID-19-Analysen. Rund 200 Ärzt:innen in ganz Österreich entnehmen Nasen-Rachen-Abstriche von Patient:innen mit grippeähnlichen Erkrankungen und senden diese zur Analyse an das Zentrum für Virologie der Medizinischen Universität Wien.

Zusätzlich existiert in Österreich ein nationales genomisches Sentinel-Surveil-

lance-System für COVID-19-Varianten. Die abwasserbasierte Surveillance ist eine ergänzende Umweltüberwachung von COVID-19 und wurde vom BMSGPK in Auftrag gegeben. Mit der Durchführung wurden die Medizinische Universität Innsbruck und das Forschungszentrum für Molekulare Medizin (CeMM) betraut. Dabei wurden die 24 größten Kläranlagen aus dem gesamten Bundesgebiet mit einer Bevölkerungsabdeckung von rund 50% einbezogen.



Tagesaktuelle Datenauszüge des EMS auf dem Dashboard der AGES

[Aktuelle Situation- AGES Dashboard COVID-19](#)

4.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Ziele sind die Überwachung der Inzidenz, Morbidität und Mortalität von SARS-CoV-2-Infektionen, die Erkennung von Ausbrüchen neuer Varianten und die weitere Beobachtung von Trends bei bestehenden Varianten. Diese Daten dienen als unerlässliche Grundlage für das Setzen und Evaluieren von Maßnahmen. Die Maßnahmen dieses Kapitels werden zur Überwachung des Pandemieverlaufs unabhängig vom jeweiligen Szenario weitergeführt. Sie werden bei Bedarf an neue Anforderungen (beispielsweise neue Virusvariante) angepasst.

Grundsätzlich empfiehlt die ECDC zwei Ansätze für die genomische Surveillance, die in Österreich wie folgt umgesetzt werden:

1. Ein nationales genomisches Sentinel-Surveillance-System für SARS-CoV-2-Varianten beruht auf einer bundesweit repräsentativen Probenauswahl von positiven Fällen. Dieses System erlaubt die robuste und verlässliche Detektion neuer besorgniserregender Varianten sowie die Überwachung bereits vorhandener Varianten. Die Organisation erfolgt zentral durch die AGES.
2. Eine „targeted Surveillance“ erfordert die gezielte Probenauswahl von positiven Fällen, die in besonderen Settings oder Bevölkerungsgruppen auftreten. Damit werden beispielsweise Fälle aus bestimmten Ausbruchsabklärungen, von Reisenden aus bestimmten Reisezielen, Durchbruchs- und Reinfektionen umfasst. Die diesbezüglichen Analysen werden anlassbezogen in Zusammenarbeit von Bundesländern und AGES organisiert und vom BMSGPK finanziert.

i

Wöchentliche Berichte zum integrierten Sentinel-Surveillance-System für respiratorische Viren in symptomatischen Patient:innen

[Influenza](#)

[SARS-CoV-2 Überwachung](#)

[RSV-Netzwerk](#)

4.3. Maßnahmen

Szenarienunabhängige Maßnahmen

- Weiterhin Sequenzierung einer repräsentativen Teilmenge von SARS-CoV-2-positiven Proben durch genomische Sentinel-Surveillance, im Bedarfsfall ergänzt durch fallbasierte PCR-Mutationsscreenings.
- Abwassermonitoring des BMSGPK als breitflächiges System der Surveillance.
- Erstellen eines konsolidierten SARS-CoV-2-Variantenberichts durch ein an der AGES eingerichtetes Knowledge Management Center.
- Laufende Weiterentwicklung des EMS zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit und Bedarfsgerechtigkeit für die Nutzer:innen durch das BMSGPK.
- bedarfsgerechter Ausbau des Projekts Diagnostisches Influenznetzwerk Österreich ("DINÖ").



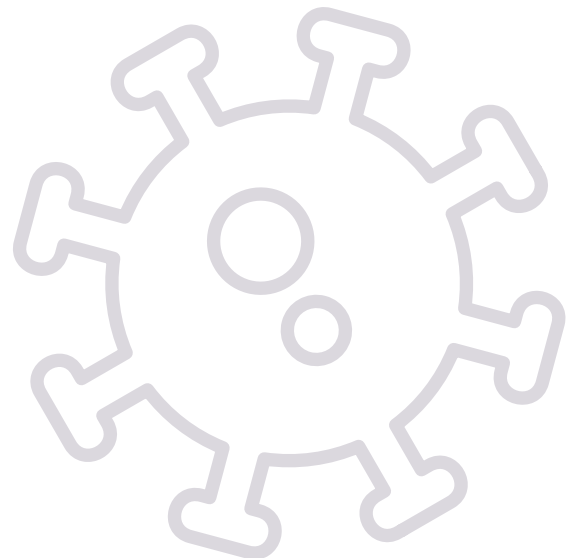
Weiterführende Informationen
zum Abwassermonitoring

[Abwassermonitoring](#)



Maßnahmen Szenarien 1 bis 4

- Bedarfsgerechte umfassende Surveillance des COVID-19-Fallgeschehens im EMS wird fortgeführt.



5. NPI - Nicht-pharmazeutische Interventionen

5.1. Ausgangslage

In mehr als zwei Jahren Pandemie sind viele nicht-pharmazeutische Interventionen (NPIs), wie etwa FFP2-Masken, Abstandsregeln sowie Hygienemaßnahmen Teil des Alltags geworden. Diese Maßnahmen sind notwendig, um trotz der Belastungen für das öffentliche Gesundheitssystem und die individuelle Gesundheit ein Leben mit der Pandemie zu ermöglichen. Allgemeine Ausgangssperren (Lockdowns) wurden im Einklang mit dem COVID-19-Maßnahmengesetz als ultima ratio eingesetzt. Die Evidenz über die Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Maßnahmen sowie deren Umsetzbarkeit wurden dabei stets mit der tatsächlichen Gefährdung durch die jeweilige Virusvariante abgewogen.

5.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Entscheidend für die Compliance bei den NPIs ist nicht nur ihr behördlicher Vollzug. Ebenso ist es wichtig, die Bevölkerung von der Zweckmäßigkeit und

Notwendigkeit der NPIs durch gezielte Kommunikation zu überzeugen. Dazu müssen die Regelungen der Maßnahmen möglichst einfach gestaltet werden, um transparente Kommunikation und Nachvollziehbarkeit in der Bevölkerung zu ermöglichen.

FFP2-Masken sind das wichtigste Mittel zum Eigen- und Fremdschutz, da sie über große Effektivität bei geringer Einschränkung verfügen. Zugleich weist diese Maßnahme in der Bevölkerung im Vergleich zu anderen Schutzmaßnahmen eine höhere Akzeptanz auf. Die FFP2-Maskenpflicht als gelindes und effektives Mittel sollte stets zeitnah eingesetzt werden, sobald ein substantieller Aufwärtstrend von Hospitalisierung verzeichnet wird. Unterscheidungen im Sinne von Geimpft / Ungeimpft / Genesen und die Verwendung von Tests als Zugangskriterium sind generell abhängig von Charakteristika der Virusvarianten und Leistungsparametern der Tests.

NPIs sind als Kaskade bzw. Eskalationsleiter zu sehen: Zu den bereits in besseren Szenarien vorgesehenen Maßnahmen kommen in ungünstigeren Szenarien weitere dazu. In Bereichen

mit erhöhtem epidemiologischen Risiko sind oft mehrere Maßnahmen parallel notwendig, von der jede für sich zwar effektiv ist, bei denen die Kombination jedoch zu einer deutlich dämpfenden Wirkung führt. Zentrale menschliche, nicht verschiebbare Ereignisse (unter anderem Begräbnisse im Freien, Palliativ- und Hospizversorgung, Geburt im Beisein einer Vertrauensperson) sollen unabhängig vom bestehenden Szenario möglichst wenig eingeschränkt werden.

5.3. Maßnahmen



Lüften

Korrektes Lüften ist als zentrale Maßnahme zu betrachten. Luftfilteranlagen sind zwar wirksam, außerhalb besonders sensibler Bereiche wie etwa Gesundheitseinrichtungen aber unverhältnismäßig aufwändig und teuer.

Szenario 1

- Keine verpflichtenden Maßnahmen wie FFP2-Maskenpflicht oder G-Zugangsregelungen
- Keine Einschränkungen der Bewegungsfreiheit

Szenario 2

- Schutz vulnerabler Personen am Arbeitsplatz
- FFP2-Maskenpflicht und G-Zugangsregelungen in vulnerablen Settings wie Krankenanstalten sowie Alten- und Pflegeheimen
- FFP2-Maskenempfehlung für Innenräume, inklusive Aufklärung und gezielte Kommunikation zum Thema Masken (siehe Kapitel 14 „Kommunikation“)

Übergang Richtung Szenario 3:

- FFP2-Maskenpflicht in öffentlichen Verkehrsmitteln, Supermärkten und weiteren Bereichen, die für vulnerable Personen sicher zugänglich sein müssen
- G-Zugangsregelungen, insbesondere in vulnerablen Bereichen oder risikobehafteten Settings, in denen eine FFP2-Maskenpflicht nicht umsetzbar ist

Szenario 3

- FFP2-Maskenpflicht in geschlossenen Räumen (siehe Kapitel 15 „Schule“)
- Home-Office für Berufe, die dies erlauben
- In Berufen, die kein Home-Office erlauben: Schutz vulnerabler Personen am Arbeitsplatz durch technische oder organisatorische Schutzmaßnahmen wie beispielsweise Bilden fester Teams

Übergang Richtung Szenario 4:

- Reduzierung der Kontakte durch Maßnahmen wie nächtliche Ausgangssperren, Ausreisetests aus Hochinzidenzregionen und Zusammenkunftsregelungen auch bei privaten Treffen

- Hochrisikosettings – wie etwa Großveranstaltungen ohne zugewiesene Sitzplätze oder Nachtgastronomie – werden unter-sagt.

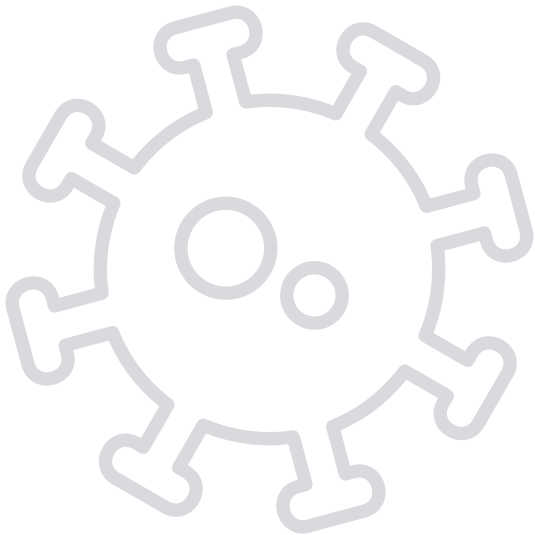
Szenario 4

- Testpflicht für Personal der kritischen In-frastruktur und vulnerabler Bereiche
- Ausgangsregelungen als ultima ratio: In einer epidemiologisch-gesellschaftlichen Kosten-Nutzenabwägung ist ein frühzeiti-ger, kurzer, aber stringenter Lockdown – wenn nicht vermeidbar – vorzuziehen.



FFP2-Masken und Wirksamkeit

Die Wirksamkeit von FFP2-Masken zum Selbst- und insbesondere Fremdschutz ist mittels wissen-schaftlicher Studien unterschiedli-cher Art belegt. FFP2-Masken filtern sehr effektiv einen Teil der exhalier-ten Partikel (und Viren), wodurch deren Konzentration im Raum und damit das Infektionsrisiko entspre-chend niedrig ist. Studien haben zu-dem belegt, dass im Gesundheitsbe-reich eine Übertragung durch das Tragen von FFP2-Masken um 70% verringert wird.



6. Testen

6.1. Ausgangslage

Beginnend mit Anfang 2021 wurde in Österreich ein umfassendes, bevölkerungsweites Testregime auf- und ausgebaut. Verantwortlich dafür waren vorwiegend die Bundesländer. Die Finanzierung wurde durch den Bund gewährleistet. In den ersten drei Monaten des Jahres 2022 wurden durchschnittlich mehr als eine Million Tests pro Tag durchgeführt.

Bis Ende März 2022 standen die Tests der Bevölkerung ohne Beschränkungen kostenlos zur Verfügung. Seit April 2022 ist die Anzahl der Tests auf je fünf PCR- und Antigen-Tests pro Person und Monat beschränkt. Für den Zugang in vulnerable Bereiche, bei Symptomen und auf Veranlassung der Behörde stehen zusätzliche Tests zur Verfügung.

6.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Testen-Tracen-Isolieren (TTI) waren bisher wesentliche Instrumente zur Bekämpfung der Pandemie, welche im Rahmen der seit April 2022 gültigen Teststrategie und des neuen Absonde-

rungsmanagements (siehe Kapitel 7 „Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung“) des Bundes evaluiert und entsprechend adaptiert wurden. Die österreichische Teststrategie sieht neben den behördlich veranlassten Testungen (Verdachtsfälle, Kontaktpersonen, etc.) und Testungen in vulnerablen Bereichen (Alten- und Pflegeheime, Krankenanstalten, etc.) auch bevölkerungsweite kostenlose Testungen mit einem niederschweligen Zugang vor. Damit bleibt die Infrastruktur aufrechterhalten. Das schafft Flexibilität in Bezug auf Ausmaß und Ausgestaltung des Testregimes innerhalb der Szenarien.

Eine Herausforderung ist jedoch, dass die Testanbieter:innen private Unternehmen sind, die Kapazitäten nicht ohne eine gewisse Basisfinanzierung vorhalten können. Welche Art der Tests (Antigen- oder PCR-Test) primär zum Einsatz kommt, ist unter Berücksichtigung der Eigenschaften der jeweils kursierenden Virusvarianten zu entscheiden.

Grundsätzlich gilt, dass dem Testen innerhalb der optimistischeren Szenarien 1 und 2 ein geringerer Stellenwert zukommt, als bei den pessimistischen

Szenarien 3 und 4. Im Folgenden wird für die verschiedenen Szenarien dargestellt, wie das Testregime abhängig vom zutreffenden Szenario auszugestalten ist.

6.3. Maßnahmen

Szenarienunabhängige Maßnahmen

- Schaffung der rechtlichen Grundlagen, um Testmöglichkeiten flexibel skalierbar aufrecht zu erhalten
 - gesetzliche Grundlagen in EpiG (Screeningprogramme der Länder) und ASVG (Wohnzimmertests, Testungen im niedergelassenen Bereich) bis 31.12.2022 verlängert
 - Screening des HBMSGPK (im Einvernehmen mit HBMF) als flexibles Regelungsinstrument für Testmethoden und Testhäufigkeit bei den Screeningprogrammen der Bundesländer

Szenario 1

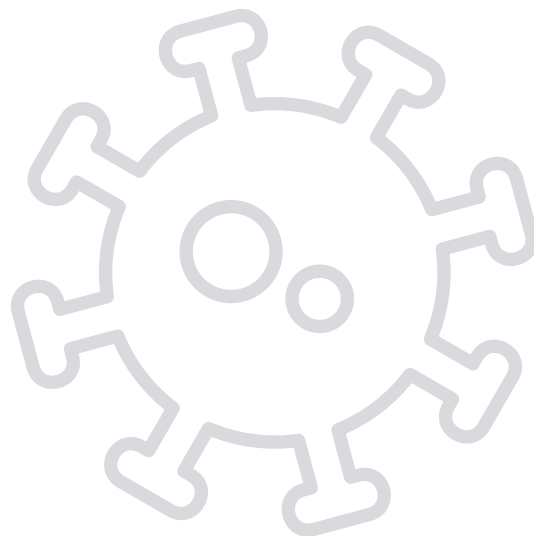
- Testungen nur noch zur diagnostischen Abklärung im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen

Szenario 2

- Testungen in vulnerablen Bereichen (Alten- und Pflegeheime, Krankenanstalten, Kinderbetreuung, etc.)
- Testungen von Verdachtsfällen, wahrscheinlichen Fällen und Kontaktpersonen
- zielgerichtetes Angebot von bevölkerungsweiten Tests (5 PCR-Tests + 5 Antigen-Schnelltests pro Person und Monat)

Szenarien 3 und 4

- Erweiterung der settingspezifischen Testmöglichkeiten
- Ausweitung des bevölkerungsweiten Testens abhängig von Viruseigenschaften wie Inkubationszeit, etc.



7. Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung

7.1. Ausgangslage

SARS-CoV-2 ist eine anzeigepflichtige Erkrankung, bei der Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung gemäß Epidemiegesetz (EpiG) verpflichtend sind. Über jeden Fall einer anzeigepflichtigen Krankheit sowie über jeden Verdachtsfall 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.

7.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

In Phasen mit hohen Fallzahlen kam es bisher bei der Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung im Verlauf der Pandemie zu Überlastungen der Behörden. Die Identifizierung von Kontaktpersonen ist nach wie vor zeitaufwendig und ressourcenintensiv. Daher wurden in § 5 Abs. 1 EpiG die entsprechenden rechtlichen Grundlagen für ein fle-

xibles Fallmanagement bei Kontaktpersonen je nach Viruseigenschaft geschaffen.

Die Maßnahmen in der Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung sind stark von den Eigenschaften der jeweiligen Virusvariante (Infektiosität, Virulenz, Inkubationszeit, etc.) abhängig. Das Absonderungsmanagement sowie die Definition der Kontaktpersonen wird über Erlass bzw. Empfehlung des 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.

Parallel zum Beschluss des Variantenmanagementplans am 27. Juli 2022 wird das Absonderungsmanagement des Bundes neu geregelt: COVID-19 ist zwar weiterhin eine anzeigepflichtige Erkrankung gemäß EpiG, doch werden positiv Getestete nicht mehr mittels Bescheid abgesondert. Stattdessen gilt eine Verordnung gemäß § 7b EpiG, welche für positiv Getestete / Infizierte eine Verkehrsbeschränkung vorsieht.

Diese beinhaltet unter anderem das Tragen von FFP2-Masken sowie das Meiden von vulnerablen Settings und größeren Zusammenkünften. Asymptomatisch positiv Getestete gehen unter Anwendung der Maßnahmen der Verkehrsbeschränkung arbeiten, während sich symptomatisch positiv Getestete wie bei anderen Erkrankungen arbeitsrechtlich in Krankenstand begeben. Kontaktpersonen unterliegen dieser Verkehrsbeschränkung nicht, jedoch wird die Anwendung dieser Maßnahmen für Kontaktpersonen empfohlen. Beim Auftreten neuer virulenter oder pathogener Virusvarianten muss das Absonderungsmanagement gegebenenfalls wieder adaptiert werden bis hin zu einer erneuten Absonderungspflicht für positiv Getestete.

7.3. Maßnahmen

Szenario 1

- Abschaffung der allgemeinen Anzeigepflicht
- Keine Absonderung oder Verkehrsbeschränkung für bestätigte Fälle sowie Kontaktpersonen
- Erkrankte Personen befinden sich wie bei anderen Erkrankungen arbeitsrechtlich im Krankenstand

Szenario 2

- SARS-CoV-2 bleibt eine anzeigepflichtige Erkrankung gemäß EpiG
- Keine Absonderung bestätigter Fälle, sondern Verkehrsbeschränkung mittels Verordnung gemäß § 7b EpiG
- Keine Verkehrsbeschränkung für Kontaktpersonen, sondern Empfehlungen für Maßnahmen
- Symptomatisch positiv Getestete befinden sich wie bei anderen Erkrankungen arbeitsrechtlich im Krankenstand

Szenarien 3 und 4

- Wiedereinführung der Absonderungspflicht bei positiv Getesteten (Ausnahmen für Schlüsselpersonal in kritischen und versorgungsrelevanten Infrastrukturen)
- Absonderung von bestätigten Fällen mittels Bescheid, je nach Viruseigenschaft in Kombination mit Verkehrsbeschränkung
- Verkehrsbeschränkung von Kontaktpersonen mittels Verordnung
- Unterscheidung zwischen symptomatischen und asymptomatischen Fällen oder bestimmten Kategorien von Kontaktpersonen (beispielsweise Geimpfte/Ungeimpfte) bei signifikanten Unterschieden bei der Weiterverbreitung von SARS-CoV-2

8. Impfstoffe und Impfungen

8.1. Ausgangslage

Impfungen stellen weiterhin die wichtigste und effektivste pharmazeutische Intervention der Pandemiebekämpfung dar. Sie verhindern schwere Krankheitsverläufe und tragen damit zur Entlastung des Gesundheitssystems bei.

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft ist eine wiederholte Auffrischung des Impfschutzes notwendig. Unter Berücksichtigung der durch die zirkulierenden Varianten verursachten Krankheitslast (siehe Kapitel 3 „Beschreibung der Szenarien“) muss eine Auffrischungsimpfung für die gesamte Bevölkerung oder nur für bestimmte zu definierende Gruppen angeboten werden. Derzeit wird in den Planungen davon ausgegangen, dass eine weitere Auffrischungsimpfung für die Allgemeinbevölkerung vor den voraussichtlich nächsten Infektionswellen im Spätsommer/Herbst 2022 notwendig sein wird. Die Voraussetzung dafür ist eine entsprechende Empfehlung des Nationalen Impfgremiums.

Für die kommende zu erwartende saisonale Infektionswelle 2022/23 ist die

Beschaffung von Impfstoffen sowie Zubehör bereits sichergestellt. Gleichermaßen ist die Umsetzung (Anmeldung, Logistik) durch die Bundesländer bereits geplant und vorbereitet, da diese nicht szenarienabhängig (und damit kurzfristig) passieren kann. Zusätzliche Beschaffungen im Herbst 2022 werden voraussichtlich nur in bedingtem Ausmaß notwendig sein.



Öffentliches Impfprogramm

In einer Pilotphase werden im August 2022 durch das BMSGPK neben dem kostenfreien Kinderimpfprogramm auch Influenza-Impfstoffe für alle Menschen in Österreich – unabhängig des Alters – beschafft, sodass erstmalig in der Grippezeit ab Herbst 2022 eine bundesweite Influenza-Impfung – nur gegen die Entrichtung der Rezeptgebühr – verfügbar ist. Die Impfung von Kindern bleibt selbstverständlich – wie auch in den bisherigen Pandemie-Wintern – gratis.

Ziel ist es, alle fachlich empfohlenen Impfungen – so auch die Corona-Schutzimpfung – den Menschen in Österreich in diesem Rahmen zur Verfügung zu stellen und das Programm laufend weiter auszubauen.

8.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Die Beschaffung von COVID-19-Impfstoffen erfolgte bisher auf EU-Ebene im Rahmen einer europäischen Impfstoffstrategie, um Verteilungsgerechtigkeit innerhalb der EU sicherzustellen. Aufgrund der auslaufenden europarechtlichen Grundlage zum Abschluss neuer Verträge werden zukünftige Beschaffungen unter Umständen in einem anderen Rahmen stattfinden, beispielsweise Joint Procurement einiger EU-Mitgliedstaaten.

Ein breites Angebot an Impfstoffen unterschiedlicher Arten steht bereits zur Verfügung, weitere befinden sich in Zulassung. Für eine situationsgerechte Bedarfsermittlung muss entschieden werden, welche Impfstoffe in welchen Mengen benötigt werden. Der mögliche Immunitätsverlust und dementsprechend die Anzahl der notwendigen Auffrischungsimpfungen müssen dabei berücksichtigt werden. Entsprechend dem aktuellen Variantenvorkommen sollten – bei Verfügbarkeit – ebenfalls Variantenimpfstoffe in Betracht gezogen werden. Eine Empfehlung ihres Einsatzes hängt zudem von der Entwicklung des pandemischen Gesche-

hens und ihrer Effektivität gegen die zum jeweiligen Zeitpunkt zirkulierenden Varianten ab. Unabhängig davon muss für die weitere Planung die jeweils aktuelle Akzeptanz unterschiedlicher Impfstoffhersteller und -technologien in der Bevölkerung berücksichtigt werden.

Für die Durchführung großflächiger Impfungen wurden in den Bundesländern ergänzende Infrastrukturen etabliert, beispielsweise 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, beispielsweise in Vorbereitung auf den Herbst, unabdingbar sind. Deshalb ist es notwendig, die Voraussetzungen zu schaffen, sodass kurzfristig Impfkapazitäten erweitert werden können. Insbesondere müssen Kapazitäten (unabhängig des tatsächlichen Eintretens) so vorgehalten werden, dass eine angemessene Reaktion auf Szenario 4 durchführbar wäre. Langfristig ist eine Verlagerung der Impfungen in den niedergelassenen Bereich und nachgeordnete Gesundheitsstrukturen umzusetzen, sofern dies kapazitätsmäßig und Varianten-abhängig möglich ist.

8.3. Maßnahmen

Szenarienunabhängige Maßnahmen

Logistisch:

- zentrale Beschaffung der Impfstoffe unter Berücksichtigung eines robusten Risikoportfolios bei gleichzeitiger Wahrung größtmöglicher Flexibilität für die gesamte Bevölkerung in Österreich durch den Bund
- neue Verträge mit den Hersteller:innen auf EU-Ebene
- Impf-Infrastruktur (Länder): Impfstraßen skalierbar und wohnortnah aufrechterhalten

Strukturell:

- Neuorganisation der Finanzierung gemeinsam durch die Systempartner:innen Bund, Länder und Sozialversicherungen
- Vorbereitung zur Eingliederung der Aktivitäten zur Beschaffung und Logistik in den Regelbetrieb (Ziel: Öffentliches Impfprogramm)

Fachlich:

- Laufende Evaluierung der Fachempfehlungen durch das Nationale Impfgremium

Kommunikativ:

- Erinnerungsschreiben zur Auffrischungsimpfung per Post und via Push-Notifications in der Grüner-Pass-App
- Impfkampagne mit Schwerpunkt auf Face-to-Face-Kommunikation (siehe Kapitel 14 „Kommunikation“)
- laufende Fachinformation an niedergelas-

sene Ärzt:innen zu Impfstoffen, Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums, etc.

Szenario 1

- Aufrechterhaltung der Impf-Infrastruktur im Mindestzustand je nach lokalen Bedürfnissen und Sicherstellen der raschen Skalierbarkeit, vor allem durch Impfstraßen, betriebliches Impfen und größere Gesundheitseinrichtungen. Hierbei werden Synergieeffekte mit Strukturen zur Verabreichung anderer Impfungen genutzt (beispielsweise Influenza, FSME).
- Zielgruppenorientierte Kommunikationsmaßnahmen vor allem für Risikogruppen, Personal im Gesundheitswesen, Lehr- und Betreuungspersonal und Schwangere zusätzlich zur laufenden Impfkampagne

Szenario 2

- Zielgruppenorientierte Kommunikationsmaßnahmen für weitere Stakeholder-Gruppen, unter anderem Betriebe und Schulen zusätzlich zur laufenden Impfkampagne

Szenario 3

- Intensivierung der Impfkampagne, um möglichst viele Bevölkerungsgruppen zu erreichen

Szenario 4

- Sicherstellen von ausreichender Impf-Infrastruktur für Spitzenkapazitäten (circa 100.000 Impfungen pro Tag bzw. 2,5 Millionen Impfungen pro Monat) durch Bundesländer und SV, finanziert durch den Bund

Impfschema zur Corona-Schutzimpfung ohne positiven PCR-Test

Die folgenden Impfschemata basieren auf der Anwendungsempfehlung des Nationalen Impfgremiums (NIG). Diese Empfehlungen werden regelmäßig adaptiert und ergänzt. Halten Sie sich an die empfohlenen Impfabstände, um geschützt zu bleiben! (Stand: 30.06.2022)

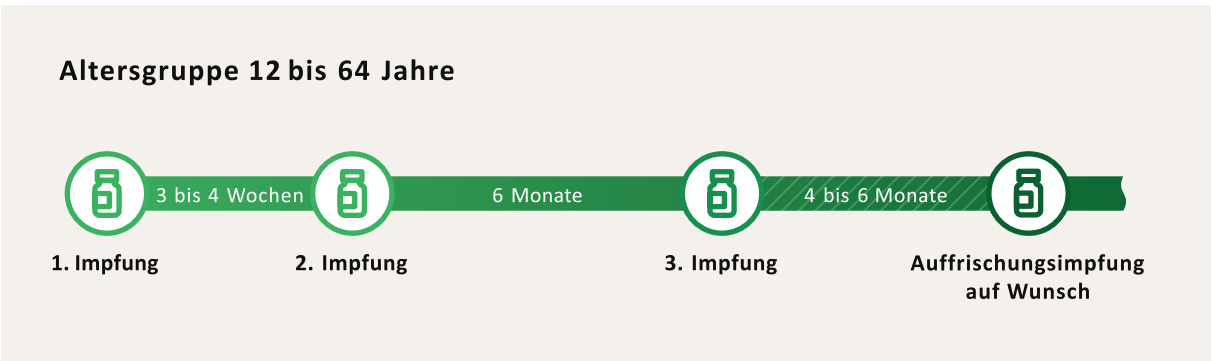
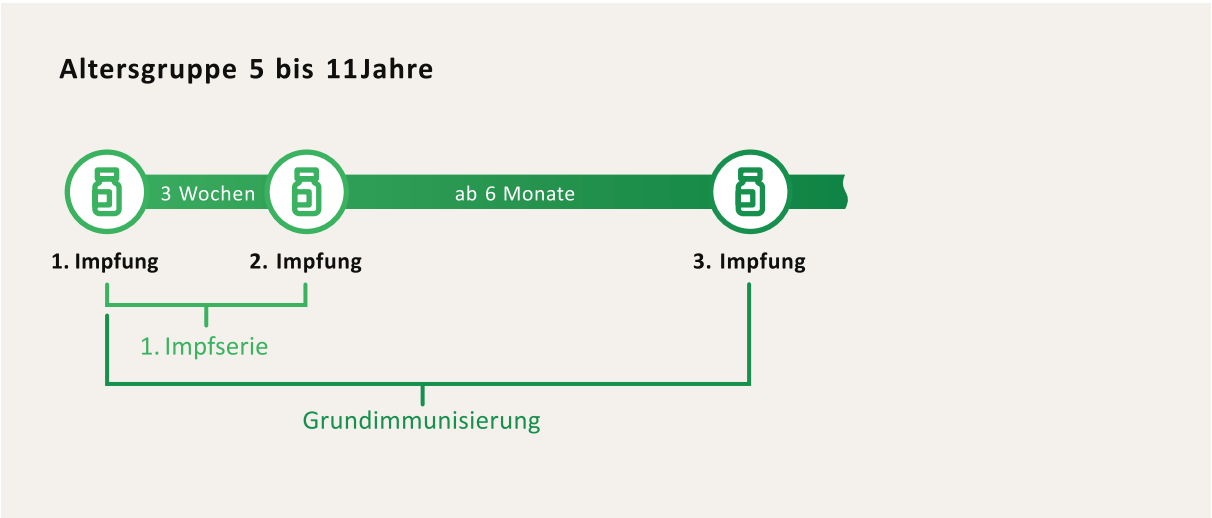


Abbildung 1: Impfschema zur Corona-Schutzimpfung ohne positiven PCR-Test

Impfschema zur Corona-Schutzimpfung mit positivem PCR-Test

Die folgenden Impfschemata basieren auf der Anwendungsempfehlung des Nationalen Impfgremiums (NIG). Diese Empfehlungen werden regelmäßig adaptiert und ergänzt. Halten Sie sich an die empfohlenen Impfabstände, um geschützt zu bleiben! (Stand: 30.06.2022)

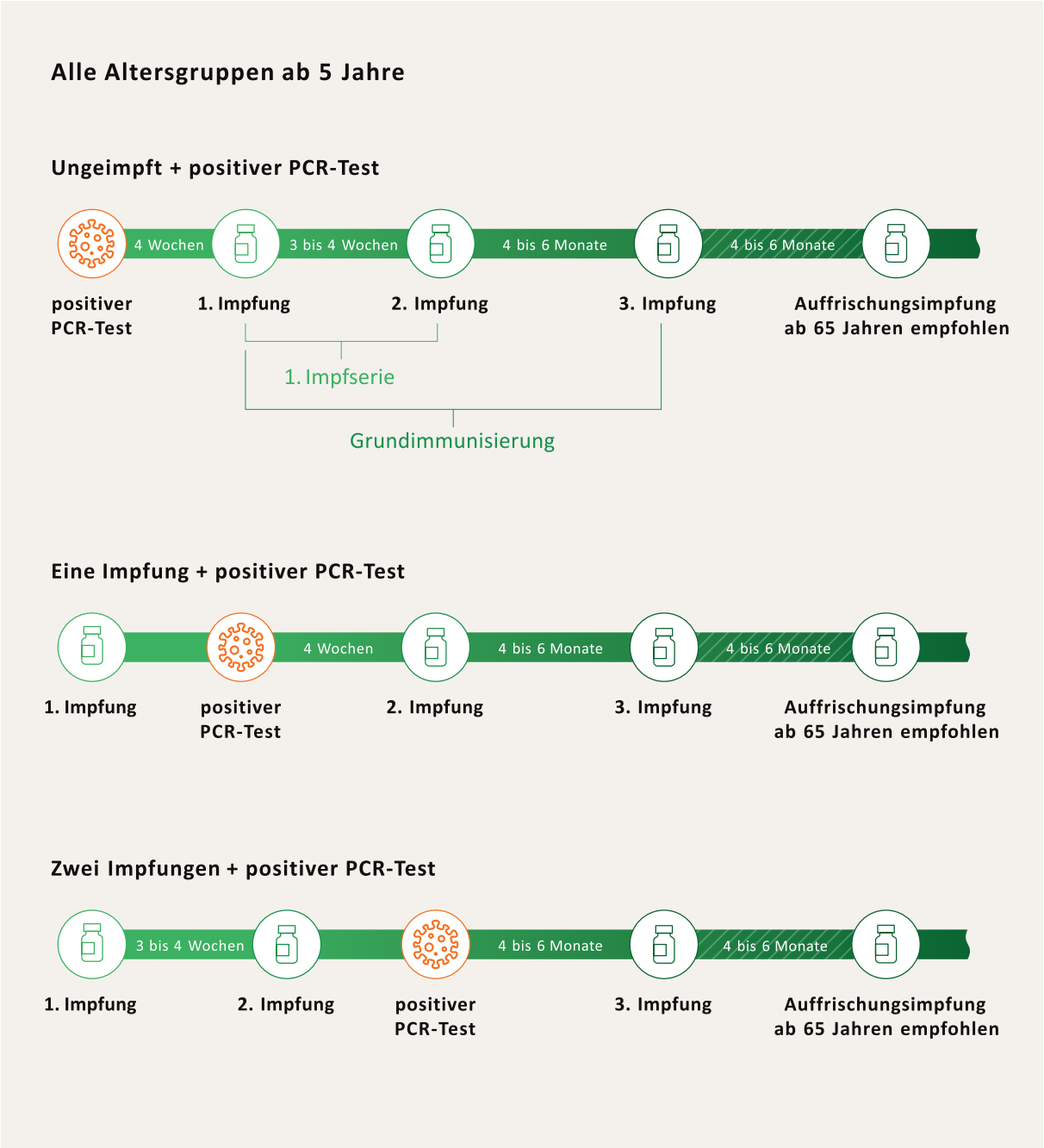


Abbildung 2: Impfschema zur Corona-Schutzimpfung mit positivem PCR-Test

9. Therapien

9.1. Ausgangslage

Eine Reihe von COVID-19-Therapeutika sind bereits zugelassen und werden von der WHO sowie von nationalen Gremien zur Behandlung empfohlen. Eine Übersicht zu in Österreich zugelassenen Arzneimitteln ist auf der Webseite des BASG verfügbar.

Der Großteil der COVID-19-Therapeutika wird aktuell intramural, also in Krankenanstalten, verabreicht. Dazu wurde ein Verteilsystem mittels einer zentralen COVID-19-Apotheke pro Bundesland eingerichtet. Die Administration einiger Medikamente ist mittlerweile auch im niedergelassenen Bereich möglich.

Allgemein ersetzen verfügbare Therapien nicht die präventive Wirkung der Impfung, sondern stellen insbesondere für Risikogruppen ein wertvolles, zusätzliches Sicherheitsnetz dar.



COVID-19-Medikamente

Infusion bzw. Injektion

Evusheld (Tixagevimab und Cilgavimab)

Kineret (Anakinra)

Regkirona (Regdanvimab)

RoActemra (Tocilizumab)

Ronapreve (Casirivimab und Imdevimab)

Veklury (Remdesivir)

Xevudy (Sotrovimab)

Tablette

Paxlovid (PF-07321332 / Ritonavir)



COVID-19-Medikamente in Österreich

Medikamente

Therapeutika

9.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Mithilfe von COVID-19-Therapeutika werden unterschiedliche Ziele verfolgt: von der Verhinderung von Infektionen, über die Vermeidung von Hospitalisierungen, Verkürzung von Spitalsaufenthalten, Abschwächung des Krankheitsverlaufs, Vermeidung von Long COVID bis hin zur Rettung von Leben. Entsprechend der weiteren Variantenentwicklung von COVID-19 wird auch in Zukunft Bedarf an adäquater Therapie speziell für Risikopersonen bestehen.

Oberstes Ziel ist es, mit den Bundesländern und der Sozialversicherung die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit sicheren und effektiven Therapien sicherzustellen. Es ist allerdings zu beachten, dass das Aufkommen neuer Varianten zu einem Wirksamkeitsverlust bestehender Therapien führen kann. Zudem besteht das Risiko zunehmender Resistenzen gegen Monotherapien. Die rasche Entwicklung neuer Therapien und deren Verfügbarkeit auf dem Markt sind daher weiterhin wichtige Elemente der Pandemiebekämpfung. Durch eine zentrale Beschaffung der neuen COVID-19-Therapeutika ist es trotz angespannter

Situation am Weltmarkt gelungen, ein breites und sicheres Portfolio an COVID-19-Medikamenten zeitnah und in ausreichenden Mengen der österreichischen Bevölkerung zur Verfügung zu stellen.

Ziel ist es, die Beschaffung von COVID-19-Therapeutika in reguläre Beschaffungs- und Erstattungsprozesse zu überführen, sobald die Weltmarktsituation dies zulässt. Im niedergelassenen Bereich ist der Dachverband der Sozialversicherungsträger:innen als Herausgeber des Erstattungskodex die zentrale Anlaufstelle, während im intramuralen Bereich die Krankenanstaltenträger:innen ihre Einkäufer:innenrolle wahrnehmen. Hierbei kann die Expertise aus bestehenden Prozessen zur Bewertung (inkl. vergleichende Nutzenbewertung) und Beschaffung genutzt werden.

9.3. Maßnahmen

Szenarienunabhängige Maßnahmen

- Präventive Information von Risikopatient:innen über Therapiemöglichkeiten durch Hausärzt:innen anhand von Gesprächsleitfäden
- Sicherstellung eines klaren Pfads von Indikationsstellung bis zur Abgabe der Medikamente durch die Bundesländer

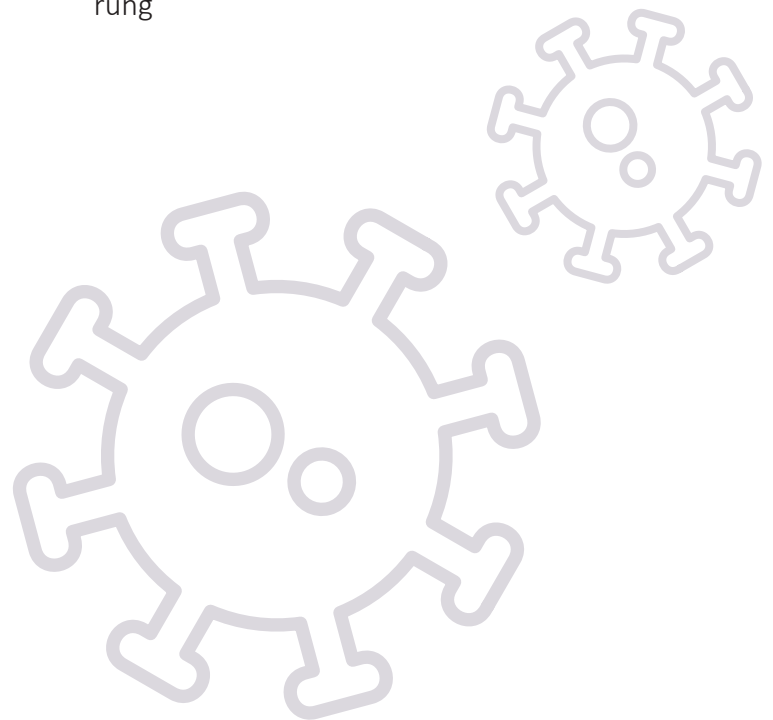
- Kommunikation der vorhandenen Therapiemöglichkeiten an Risikopatient:innen durch die Bundesländer sowie durch Ärzt:innen
 - Bereitstellung von Informationen über den Abgabeweg von COVID-19-Medikamenten auf den Impfwebsites der Bundesländer
 - Bereitstellung von generellen Informationen über COVID-19-Medikamente auf der Website der Österreichischen Ärztekammer
- Versicherungsträger:innen setzen weitere Maßnahmen zur Optimierung des Abgabeprozesses im niedergelassenen Bereich
- Aktive Beteiligung an den Vertragsverhandlungen zur Medikamentenbeschaffung auf EU-Ebene durch das BMSGPK, um das Risiko von Lieferengpässen zu minimieren
- Organisation breit angelegter Fortbildungsmaßnahmen für Ärzt:innen durch die Österreichische Ärztekammer, Fachgesellschaften und Krankenversicherungsträger:innen
- Bereitstellung von Algorithmen zur Verwendung der Medikamente und überregionalen Informationsdiensten durch die Österreichische Ärztekammer, Fachgesellschaften und Krankenversicherungsträger:innen
- Information der Bevölkerung durch das BMSGPK unter Beachtung des Arzneimittelgesetzes
- Überführung der Beschaffung von COVID-19-Therapeutika in reguläre Beschaffungs- und Erstattungsprozesse
- Bereitstellung von Informationen durch das BMSGPK über die Beteiligung an der International-Horizon-Scanning-Initiative

Szenarien 1 und 2

- Niederschwelliger Zugang zu wirksamen COVID-19-Therapeutika für Risikopatient:innen über den niedergelassenen Bereich durch die Versicherungsträger:innen
- Präventive Information von Risikopatient:innen zu den Therapiemöglichkeiten durch ihre behandelnden Allgemeinmediziner:innen im Rahmen regulärer Ärzt:innentermine

Szenarien 3 und 4

- Transparente Definition von Prioritätsgruppen für die Behandlung, falls durch neue Varianten der Bedarf an Therapeutika das Angebot übersteigt
- Bei drohender Überlastung der etablierten Strukturen komplementärer Zugang über spezielle Strukturen – etwa COVID-19-Zentren nach Wiener Modell oder über die Strukturen der Sozialversicherung



10. Long COVID

10.1. Ausgangslage

Long COVID beschreibt Folgen einer COVID-19-Erkrankung, die von wenigen Wochen bis über Monate anhalten können. Bislang fehlt allerdings eine einheitliche internationale Long COVID Definition.

i

Long COVID: Definition der britischen Gesundheitsbehörde National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

bei anhaltenden Symptomen (inkl. neu aufgetretener Symptome) länger als vier Wochen („Ongoing-COVID-Syndrom“)

bei mehr als 12 Wochen noch bestehenden oder neu auftretenden Symptomen (als Post-COVID-19-Syndrom bezeichnet), die anders nicht erklärbar sind

In der Zielsteuerung Gesundheit wurden von Bund, Ländern und SV 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 Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) zu Long COVID dar, die kontinuierlich aktualisiert wird. Ein vom BMSGPK finanziertes und von der Karl-Landsteiner-Universität entwickeltes ergänzendes Online-Tool für Ärzt:innen, vor allem für jene in der Primärversorgung, soll zur verbesserten Dissemination der Leitlinie beitragen. Es ist seit Mai 2022 verfügbar und öffentlich zugänglich.

i

Die als Long COVID bezeichnete Symptomatik ist sehr heterogen und kann sich etwa durch Müdigkeit / „Fatigue“ (extreme Erschöpfung), Kurzatmigkeit, Kopfschmerzen, Atemwegsbeschwerden, Muskelschmerzen, kognitive Beeinträchtigungen, Schlafstörungen und psychische Beschwerden (wie Depressionen) äußern.

Die Intensität reicht von leichten Symptomen, über gesundheitliche Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben, bis hin zu wesentlichen Einschränkungen der Lebensqualität, der mittel- und langfristigen Arbeitsunfähigkeit und einer verminderten sozialen Teilhabe.

Der gemeinsam von den Zielsteuerungspartner:innen Bund, Ländern und SV entwickelte Versorgungspfad ist auf der [Homepage des BMSGPK](#) veröffentlicht. Diesem zufolge wurde die Primärversorgung als Erstanlaufstelle für Long COVID-Patient:innen definiert. Davon ausgehend soll je nach Art der Symptome und Schweregrad der Erkrankung bei Bedarf eine Zuweisung zur entsprechenden adäquaten Versorgung (beispielsweise Fachärzt:innen) 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 (beispielsweise erweiterte kardiopulmonale Funktionsdiagnostik, Bronchoskopie, Liquorpunktion). Zugang zum sekundären Assessment erfolgt durch gezielte Zuweisung aus dem Primärversorgungsbereich.

Der Versorgungspfad ist in nebenstehender Grafik abgebildet.



Ca. 10 % der Patient:innen entwickeln nach einer akuten COVID-19-Erkrankung eine Long COVID Symptomatik. Jedoch reichen Schätzungen zur Prävalenz aus internationalen Studien von 7,5 % bis 41 %.

Erst nach Diagnosestellung (Differenzialdiagnose) sollte von Long COVID (im Sinne von funktionellen Folgen) gesprochen werden, denn nicht jede COVID-19-Langzeitfolge (wie beispielsweise organische Folgen aufgrund von krankheitsbedingten Komplikationen bzw. eines schweren Verlaufs, aufgrund Auswirkungen von Lockdowns, etc.) ist mit Long COVID zu erklären. Die Differenzialdiagnostik berichteter Symptome ist daher von hoher Bedeutung. Empfehlungen dazu finden sich beispielsweise in der zuvor genannten S1-Leitlinie. Hier finden sich beispielsweise auch Informationen hinsichtlich einer schweren Form der Langzeitfolgen, als ME/CFS bekannt, und die bei einer Subgruppe von Long COVID Erkrankten auftritt.

Es gibt erste Anzeichen, dass eine COVID-19-Impfung präventiv gegen Long COVID wirkt, allerdings ist aktuell noch unklar, ob mildere Verläufe einer COVID-19-Erkrankung bei geimpften Personen hierfür ursächlich sind oder ein direkter Einfluss der Impfung auf das Auftreten von Langzeitfolgen vorliegt.

Long COVID-Versorgung in Österreich

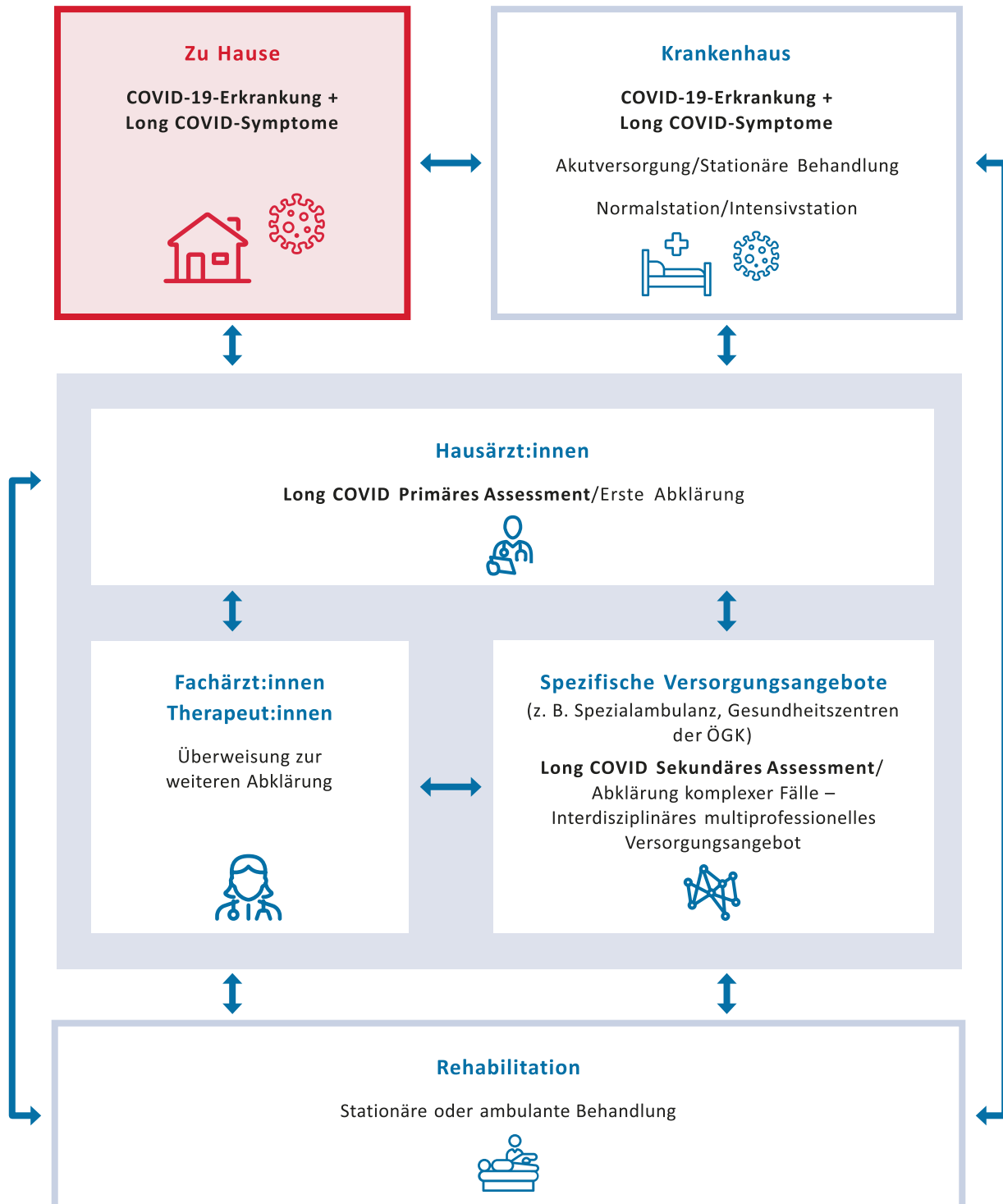


Abbildung 3: Versorgungspfad Long COVID

10.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Im Rahmen von Workshops wurden Anfang 2022 Herausforderungen und Hürden im Kontext von Long COVID mit zentralen Akteur:innen und Betroffenen identifiziert und Empfehlungen zu Daten, Versorgung, Kommunikation und sozialer Absicherung formuliert. Im Austausch mit Deutschland und der Schweiz zeigte sich zudem, dass auch international noch Unklarheit beim Gesamtbild von Long COVID besteht. Mit dem Ziel der bestmöglichen Versorgung für alle Betroffenen muss die Situation laufend evaluiert und auf neue Erkenntnisse reagiert werden. Insbesondere ist eine umfassende einheitliche Datenlage als Basis für die adäquate Planung der Maßnahmen notwendig.

10.3. Maßnahmen

Da es sich bei Long COVID um Langzeitfolgen der Pandemie handelt, sind keine szenarienabhängigen Maßnahmen vorgesehen. Vielmehr muss laufend der aktuelle Wissensstand, die aktuelle Bedarfs- und damit Versorgungssituation beobachtet und evaluiert

werden und die Kapazitäten von den jeweils für die Gesundheitsversorgung zuständigen Stakeholder:innen (Ländern und SV) entsprechend angepasst werden.

Szenarienunabhängige Maßnahmen

- Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung von Long COVID Betroffenen: Stärkung der Primärversorgung und laufende Bedarfserhebung sekundärer Assessments und Reha-Möglichkeiten im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit
- Erhebung der Versorgungskapazitäten für sekundäre Assessments über die Zielsteuerung Gesundheit
- Einrichtung einer Long COVID Koordinationsstelle je Bundesland zur gezielten Weitervermittlung an spezifische Assessments und zur transparenten Information über Versorgungsangebote
- Stakeholder-Austausch weiterführen, unter anderem Informations- und Diskussionsveranstaltung im Herbst 2022 durch BMSGPK
- Umfassende Long COVID Fortbildungen für Ärzt:innen mit multidisziplinärem Ansatz durch die Ärztekammer, beispielsweise zu Symptomen eines postviralen Syndroms, wie Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom
- Informationsangebot für verschiedene Bevölkerungsgruppen über gesundheits.gv.at
- Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung von Long COVID Betroffenen: Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur in der Zielsteuerung-Gesundheit an Hand der sich laufend entwickelnden medizinischen Evidenz
- Datenlage: Nutzung des COVID-19-Registers und Umsetzung der verpflichtenden Diagnosedokumentation im niedergelassenen Bereich im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit

11. Psychosoziale Gesundheit

11.1. Ausgangslage

Nach zweieinhalb Jahren Pandemie werden deren Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit immer offensichtlicher: Sowohl Studien 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 Problemlagen waren, und Frauen sind dabei besonders betroffen. Im Bereich des Gesundheitspersonals sind ebenfalls negative Langzeitauswirkungen zu befürchten. Internationale Studien zu bisherigen Krisenereignissen zeigen, dass die psychosozialen Folgen die Phase der eigentlichen Krise bei weitem überdauern.

11.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Psychosoziale Unterstützung im Rahmen von Katastrophen sollte laut internationalen Standards 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

Künftig sollte ein Schwerpunkt auf sogenannte „Mental Health in All Policies“-Ansätze gelegt werden. Nichtsdestotrotz sind auch Maßnahmen auf der Ebene der spezialisierten Hilfestellung von großer Bedeutung, wie etwa das Projekt „Gesund aus der Krise“ zur niederschwelligen psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, das vom BMSGPK gefördert und von den Berufsverbänden BÖP und ÖBVP umgesetzt wird. Die Novelle des Psychotherapiegesetzes, welche gegenwärtig vom BMSGPK erarbeitet wird und einen Fokus auf die Akademisierung der Ausbildung zwecks niederschwelligem und kostengünstigem Zugang legt, wird einen Beitrag zu einer verbesserten psychosozialen Versor-

gung der Bevölkerung leisten. Eine weitere nachhaltige Verbesserung der Versorgung wird die geplante Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes darstellen, welche eine Aufnahme der klinisch-psychologischen Behandlung als Kassenleistung vorsieht. Parallel dazu sollen die Bundesländer die Kapazitäten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausbauen. Der Bund hat durch die Novelle der Ärzteausbildungsordnung 2015 im Februar 2022 für die entsprechenden Rechtsgrundlagen gesorgt.

Weitere Ziele im Bereich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind, Schulen, Kindergärten sowie außerschulische Kinder- und Jugendarbeit so lange wie möglich offenzuhalten und Home-Schooling-Maßnahmen als ultima ratio anzuwenden.

Maßnahmen im Bereich psychosozialer Gesundheit sind als Kaskade zu sehen, zu den bereits in besseren Szenarien vorgesehenen Maßnahmen kommen in ungünstigeren Szenarien weitere dazu.

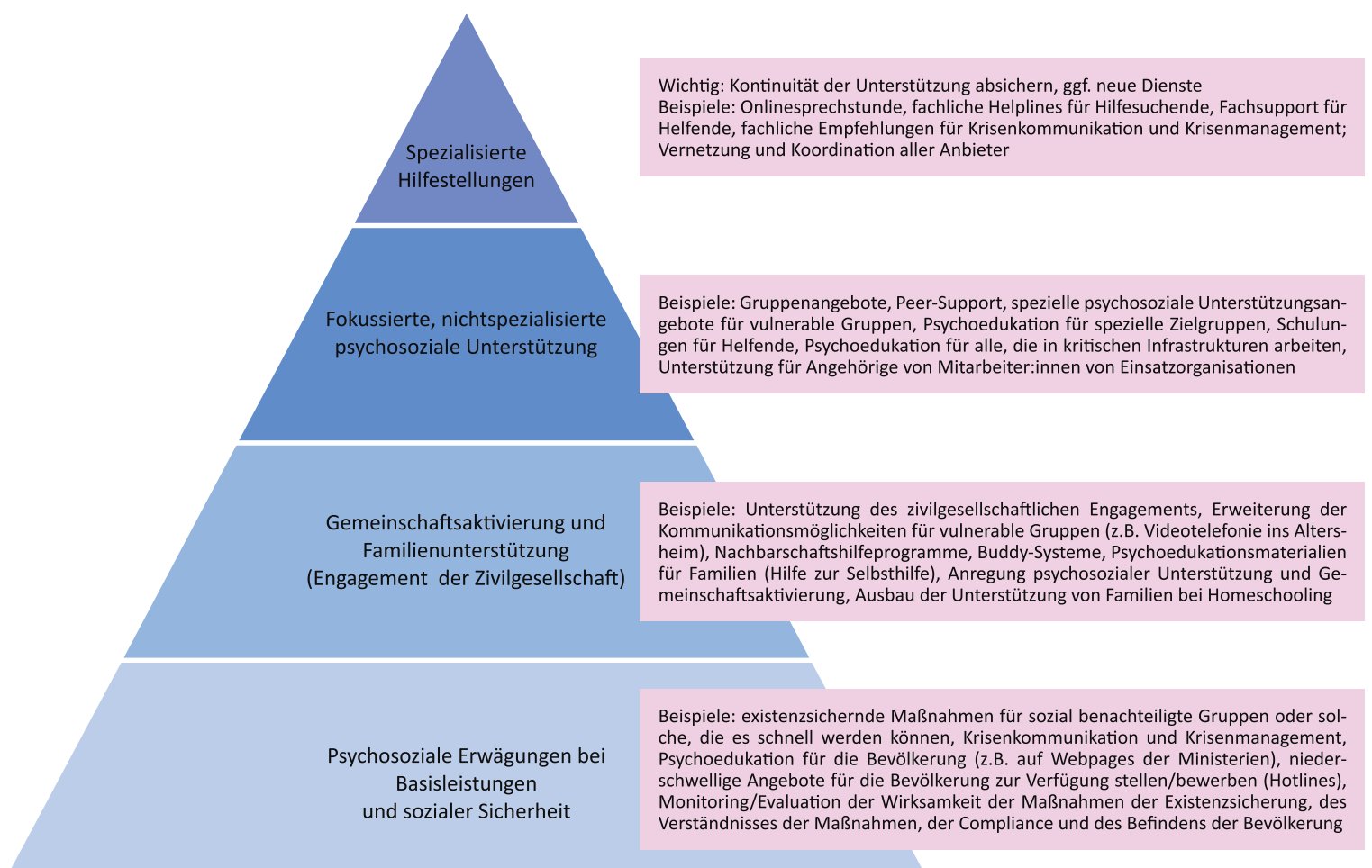


Abbildung 4: Interventionspyramide

11.3. Maßnahmen

Szenarienunabhängige Maßnahmen

- Novelle des Psychotherapiegesetzes mit Fokus auf die Akademisierung der Ausbildung
- Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zwecks Aufnahme der klinisch-psychologischen Behandlung als Kassenleistung
- Ausbau der Kapazitäten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Bundesländer
- Laufende, wissenschaftliche Beobachtung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung

Szenario 1

- Gemeinschaftsbasierte Interventionen: Entwicklung von Modellen für die partizipative Einbindung der Bevölkerung in Katastrophenprävention und alle Phasen der Katastrophe
- Resilienzförderung (Gewalt, Sucht, Suizid, etc.)
- Spezialisierte Fachintervention: Ausbau psychosozialer Versorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Transitionspsychiatrie, Psychotherapie, klinische Psychologie, Arbeitspsychologie, Schulpsychologie)
- Fokus auf Long COVID

Szenario 2

- Gemeinschaftsbasierte Interventionen: Generalisierte Förderung von Krisenkompetenz
- Niederschwellige psychosoziale Unterstützungsangebote (fokussierte Förderung von Krisenkompetenz, aktive Teilhabe an Public Health Projekten, Notfallpläne

ne in Zusammenarbeit mit vulnerablen Bevölkerungsgruppen)

- Einheitliche zielgruppenorientierte Krisenkommunikation der Behörden
- Frühe Hilfen

Szenario 3

- Laufendes Risiko-Assessment und Anpassung der Maßnahmen
- Identifizierung und gezielte Unterstützung der Bereiche und Bevölkerungsgruppen, in denen die größten Probleme aufgetreten sind
- Gemeinschaftsbasierte Interventionen: Entwicklung mittel- und langfristiger Perspektiven im Umgang mit COVID-19
- Förderung von Unterstützungsmaßnahmen auf Ebene der Vereine, Gemeinden und Familien
- Spezialisierte Fachintervention: Fokus auf vulnerable Gruppen
- Fokus auf Post-COVID
- Erstellung von Sicherheits-/Gesundheitsplänen

Szenario 4

- Laufendes Risiko-Assessment und Anpassung der Maßnahmen
- Förderung von Unterstützungsmaßnahmen auf Ebene der Vereine, Gemeinden und Familien
- Besondere psychosoziale Unterstützungsangebote für vulnerable Gruppen
- Breite Angebote besonders für vulnerable Gruppen

12. Kapazitäten

12.1. Ausgangslage

Hohe Infektionszahlen können zu Engpässen der Versorgungskapazitäten führen. Solche Situationen gilt es möglichst zu vermeiden. Treten sie dennoch auf, ist der erhöhte Bedarf an COVID-19-Versorgungskapazitäten bei bestmöglicher Aufrechterhaltung der Regelversorgung zu decken.

Die konkreten Herausforderungen ergeben sich durch die jeweiligen Eigenschaften der zu diesem Zeitpunkt dominanten Variante und erschweren allgemein gültige Empfehlungen. So stellen während der ersten COVID-19-Infektionswellen die Kapazitäten auf Intensivstationen ein Problem dar. Ab der Omikron-Variante lag die Schwierigkeit hingegen vielmehr darin, die Überlastung der Normalpflegestationen zu vermeiden. Zuletzt war insbesondere die Personalsituation problematisch.

Der Bund ist bei der Ausgestaltung der Versorgungskapazitäten für die Rahmengesetzgebung verantwortlich. Konkrete Maßnahmen zur Sicherstellung ausreichender Kapazitäten werden von den Bundesländern und den Krankenhausenträger:innen getroffen.



COVID-19-Register

Das COVID-19-Register soll die bundesweite Datenlage über COVID-19-Hospitalisierungen weiter verbessern. Krankenanstalten und Bundesländer sollen regelmäßige Dateneinmeldungen in das Register gewährleisten, welche wiederum relevante Auswertungen zur Verfügung gestellt bekommen.

12.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Das BMSGPK wird die Bundesländer und Krankenhausenträger:innen weiterhin bei der Sicherstellung ausreichender Kapazitäten in Zeiten hoher COVID-19-Infektionszahlen unterstützen.

12.3. Maßnahmen

Szenarienunabhängige Maßnahmen

- Weiterführung und Wartung der Eskalationspläne für Spitalskapazitäten durch die Bundesländer: Je nach Pandemiephase werden in einem Stufenmodell Betten vorgehalten, zum Teil umgewidmet bzw.

zusätzliche Krankenanstalten in die Versorgung so miteinbezogen, dass ausreichend Kapazitäten sowohl für COVID-19-Patient:innen als auch für Non-COVID-19-Patient:innen zur Verfügung stehen. Hierbei ist auf größtmögliche Flexibilität zu achten.

- Weiterführung des Monitorings der Spitalskapazitäten/-ressourcen sowie der Hospitalisierten (einschließlich Immunstatus, Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen, etc.). Eine zielgerichtete Datenauswertung erfordert eine korrekte und regelmäßige Einmeldung in das COVID-19-Register durch die Bundesländer. Eine Automatisierung der Einmeldeprozesse ist geplant.
- Weiterführung der bundesländerübergreifenden Zusammenarbeit durch die Träger:innen der Krankenanstalten, insbesondere in systemgefährdenden Phasen der Pandemie
- Bereitstellung von Präventions- bzw. Hygienekonzepten durch Medizinische Fachgesellschaften (beispielsweise ÖGAM)
- Festlegung von Vertretungsregelungen durch die Landesärztekammern zur Vermeidung von Ordinationsschließungen
- Organisation von Fortbildungen zu Behandlungsstandards, neuen Therapien und Impfangeboten durch die entsprechenden Fachgesellschaften
- Weiterführung von Visiten- und Pflegediensten im niedergelassenen Bereich zum besonderen Schutz von Risikogruppen
- Weiterhin Ausbau von e-health-Lösungen, wie etwa des e-Rezepts, zur Entlastung des niedergelassenen Bereichs



Präventions-Hygienekonzept

Empfehlungen der GÖG

Szenario 1

- Entwurf von Infektionsschutzkonzepten durch die Einrichtungen der Langzeitpflege, die eine würdige Aufrechterhaltung der Lebensqualität bzw. Tagesstruktur sowohl in der stationären (inklusive Behinderteneinrichtungen) wie auch in der mobilen Pflege gewährleisten. In den pessimistischeren Szenarien sind verschärfte Sicherheitsvorkehrungen angebracht.

Szenario 2

- Einsatz bundesländerübergreifender Intensivkoordinator:innen durch die Landesverwaltungen. Der Austausch von Belagsdaten zwischen (benachbarten) Bundesländern ist für diese Koordinationsarbeit essentiell und kann beispielsweise über die Kapazitätserfassung oder das COVID-19-Register erfolgen.
- Vermeidung von Clusterbildung durch die Arbeit in fixen Teams. Die Erstellung der Dienstpläne fällt in den Aufgabenbereich der Personalleitungen von Krankenanstalten und sonstigen Einrichtungen.
- Umsetzung eines effektiven Terminsystems in Ordinationen zur Vermeidung von Ansteckungen bei verstärktem Patient:innenaufkommen

Szenario 3

- Sicherstellung der zeitlichen und/oder räumlichen Trennung von infektiösen und anderen Patient:innen (grundsätzlich szenarienunabhängig, ab Szenario 3 intensiviert)
- Führung von Listen an potenziell zusätzlich rekrutierbarem Personal (z.B. aus Reha-Einrichtungen) durch die Betreiber:innen der Gesundheitseinrichtungen

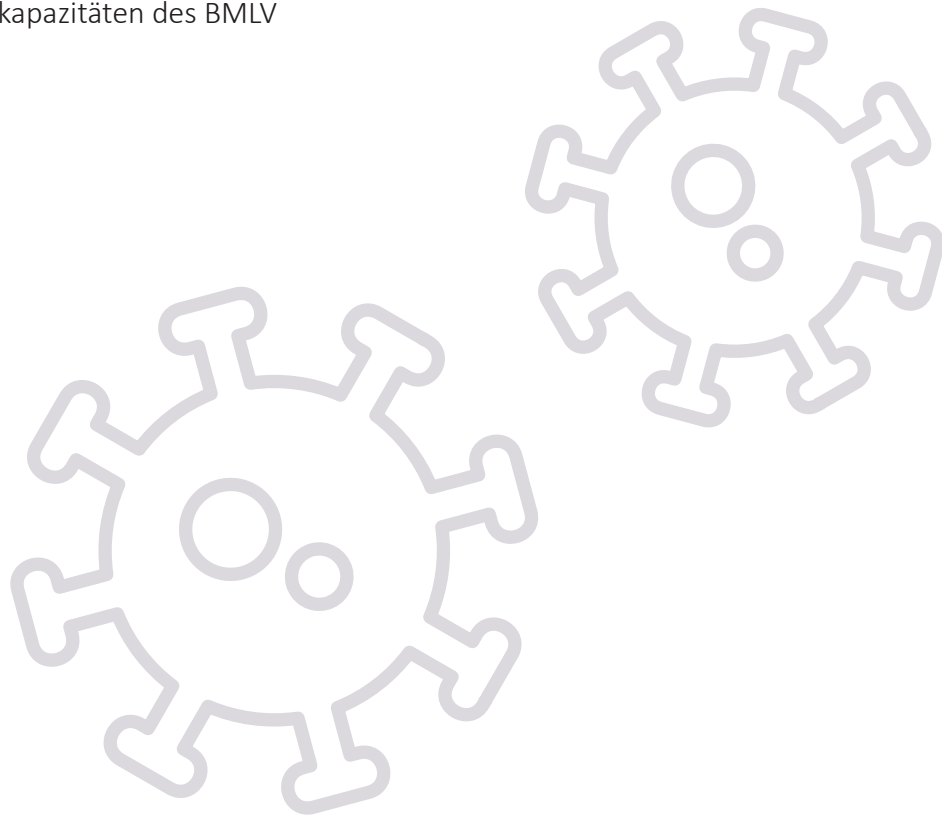
Szenario 4

- Nutzung von Barackenspitälern zur temporären Abfederung von Kapazitätsspitzen: Die Abrechnungsmöglichkeit ist nötigenfalls mittels Gesetzesänderung zu schaffen, wobei eine schnelle Reaktion auf hohe Fallzahlen durch ein rückwirkendes Inkrafttreten erreicht werden kann.
- Ergänzende Nutzung der Einrichtungen und Personalkapazitäten des BMLV



e-Rezept

Mit dem e-Rezept – einem Produkt der österreichischen Sozialversicherung – werden Kassenrezepte anstatt auf Papier als elektronisches Rezept ausgestellt. Auf Basis je eines zwischen der österreichischen Sozialversicherung und den Landesvertretungen der Apotheker:innen bzw. der Ärzt:innen vereinbarten Gesamtvertrages wurde ein Roll-Out für die Ordinationen und die Apotheken vereinbart. Aktuell ist e-Rezept bereits in 95 % der Apotheken und bei 85% der Vertragsärzt:innen implementiert – und das Projekt damit bereits erfolgreich umgesetzt.



13. Daten und Dateninfrastruktur

13.1. Ausgangslage

Datenerhebungen und -verschneidungen sind essentiell, um zielgerichtete Auswertungen, Analysen sowie Prognosen im Rahmen des Pandemiemanagements durchführen zu können. Außerdem sind sie 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. Grundsätzlich ist die Gesundheitsdatenlandschaft in Österreich gekennzeichnet von einer historisch gewachsenen Fragmentierung, welche die Datennutzung und insbesondere deren Vernetzung erschweren. Zwar verfügt der Bund über eine Vielzahl an Daten-Tools zur Pandemiebewältigung, jedoch hat sich in den letzten zweieinhalb Jahren der Pandemie klar herausgestellt, dass die österreichische Gesundheitsdatenlandschaft nicht zufriedenstellend aufgestellt ist.

13.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Einer der wichtigsten Datenkörper ist das 2009 ins Leben gerufene Epidemiologische Meldesystem (EMS), das im Epidemiegesetz geregelt ist. Aufgrund der im Rahmen der Pandemie enorm gestiegenen Nutzung ist ein Redesign (Projekt EMS 2.0) notwendig, in dessen Zuge das EMS zu einer integrierten Datendrehscheibe ausgebaut werden soll. Darüber hinaus besteht seit 2020 der im Gesundheitstelematikgesetz geregelte e-Impfpass, welcher COVID-Schutzimpfungen und Grippe-Impfungen dokumentiert. Im Laufe des Jahres 2023 soll der e-Impfpass um zusätzliche Impfungen erweitert werden. Die Auswahl der Impfungen wird mit Expert:innen von BMSGPK, Bundesländern, Sozialversicherungen und ELGA GmbH festgelegt.

Ebenfalls 2020 wurde für Forschungszwecke bei der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) die COVID-19-Datenplattform eingerichtet, über die anonymisierte Diagnose- und Leistungsdaten von Patient:innen mit Haupt- oder Ne-

bendiagnose COVID-19, Daten zur COVID-19-Schutzimpfung und ausgewählte COVID-19-Virusgenomsequenzierungen akkreditierten Forschungseinrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Ein weiteres zentrales Tool zur Verbesserung der Datenlage in der Pandemiebewältigung ist das COVID-19-Register, das sich aktuell in der Ausrollungsphase befindet und die bundesweite Information über die Datenlage zu COVID-19-Hospitalisierungen garantieren soll. Krankenanstalten und Bundesländer sollen regelmäßige Dateneinmeldungen in das Register gewährleisten und im Gegenzug relevante Auswertungen zur Verfügung gestellt bekommen.

Das COVID-19-Register ist aufgrund der manuellen Dateneingabe durch Krankenanstalten nur als kurzfristige Maßnahme zur Verbesserung der Datenlage anzusehen. Mittelfristig werden diese Dateneinmeldungen automatisiert. Dieses automatisierte Hospitalisierungsregister wird jedoch nicht nur COVID-19, sondern alle anzeigepflichtigen Erkrankungen nach Epidemiegesetz umfassen. Länder und Krankenanstalten melden automatisch unter anderem sämtliche durch das COVID-19-Register erfassten Daten ein. Hierfür wird eine Schnittstelle von Krankenhausinformationssystemen

(KIS) mit EMS und e-Impfpass geschaffen. Diese Daten dienen in erster Linie der Primärnutzung während der Planung in Krisenfällen. Die rechtlichen Grundlagen für das automatisierte Hospitalisierungsregister werden im Epidemiegesetz geschaffen.

Zukunftsweisend ist im Zusammenhang mit der österreichischen Gesundheitsdatenlandschaft auch das aktuell auf EU-Ebene diskutierte Gesetzesvorhaben zum europäischen Gesundheitsdatenraum (European Health Data Space, EHDS) zu berücksichtigen. Dieses bietet einige Herausforderungen, aber auch Chancen für Österreich. Ein Prozess mit allen relevanten Stakeholdern (insb. BMSGPK, BMBWF, GÖG, AGES, Statistik Austria, Sozialversicherungen, Bundesländer) wird noch 2022 beginnen, um zu einer bundesweit einheitlichen Positionierung und Vorgangsweise zu gelangen.



EMS

Das Epidemiologische Meldesystem (EMS) wurde gemeinsam mit den Bundesländern konzipiert und von 2008 bis 2009 aufgebaut. Es bildet die zentrale Drehscheibe in der Pandemiebekämpfung laut § 4 Epidemiegesetz. Alle anzeigepflichtigen Krankheitsfälle werden darin erfasst.

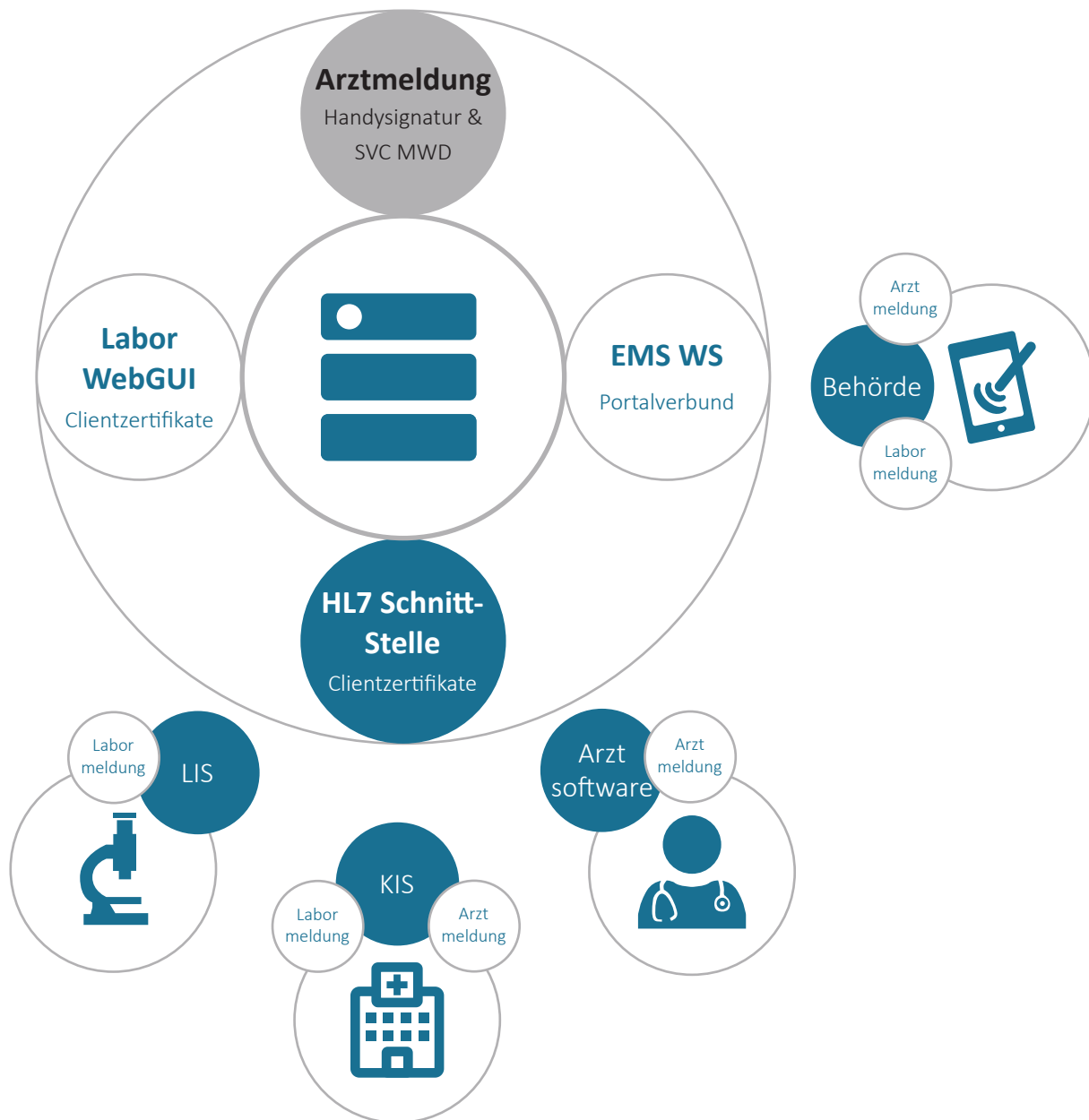
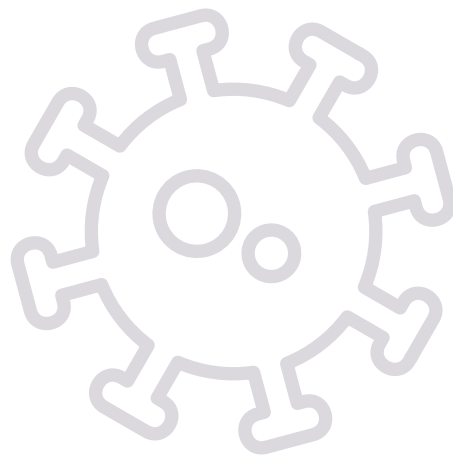


Abbildung 5: Gesundheitsdatenlandschaft in Österreich

13.3. Maßnahmen

Szenarienunabhängige Maßnahmen

- Optimierung des COVID-19-Registers durch regelmäßige und umfassende Einmeldungen der Bundesländer und Krankenanstalten
- Schaffung eines automatisierten Hospitalisierungsregisters
- Projekt EMS 2.0 zur Verbesserung der EMS-Kapazitäten
- Ausbau des e-Impfpasses
- Schaffung der nationalen rechtlichen Rahmenbedingungen für die Umsetzung des geplanten European Health Data Space
- Etablierung der niedergelassenen und ambulanten Diagnosedokumentation
- Ausgestaltung der erforderlichen Governance-Strukturen für Gesundheitsdaten durch die Schaffung eines gemeinsamen Data Warehouse des Bundes
- Schaffung einer übersichtlichen Darstellung der Datenlandschaft und der Verantwortlichen
- Vereinheitlichung der Datenqualitätssicherung und -kommunikation auf technischer und auf strategischer Ebene



14. Kommunikation

14.1. Ausgangslage

Kommunikation entscheidet maßgeblich über den Erfolg der Bewältigung der Pandemie. Sie entscheidet über die Akzeptanz von nicht-pharmazeutischen Interventionen (NPIs) genauso wie jene von Tests, Impfungen oder der verfügbaren Therapien. Nur wenn die Bevölkerung die Maßnahmen mitträgt, sind diese auch erfolgreich.

Die Kommunikation muss deshalb in jedem Themenfeld mitgedacht werden – mit jeweils unterschiedlichen Zielgruppen, Kanälen und Maßnahmen. Zudem besteht eine große Abhängigkeit der Kommunikation von den gesetzten Maßnahmen zur Eindämmung des epidemiologischen Geschehens. Das Konzept für die gesamte COVID-19-Kommunikation muss sich daher an die sich ständig verändernde Situation anpassen. Insofern sind in diesem Kapitel allgemeingültige, szenarienunabhängige Maßnahmen dargestellt.

Um die Akzeptanz und die Mitwirkung der Bevölkerung zu stärken, braucht es:

- rasche, umfassende und transparente Information der Bevölkerung, die frei von Widersprüchen ist
- einfache, klare und verständliche Sprache
- hinreichende Informationen in anderen Sprachen
- konsistente, verlässliche, vertrauensfördernde Botschaften
- Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Gruppen in der Gesellschaft
- Berücksichtigung der psychosozialen Verfassung der Bevölkerung

Nach zweieinhalb Jahren der Pandemie tritt nun verstärkt die maßnahmenbegleitende und präventive Kommunikation in den Vordergrund, um die Bevölkerung adäquat zu informieren. Krisenkommunikation sollte nur beim Eintreten neuer krisenhafter Ereignisse erfolgen.

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.

14.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Kommunikation soll in allen künftig auftretenden Szenarien mitgedacht werden. Die hier angeführten Kommunikationsleitlinien sollen einen Rahmen für künftige Kommunikation darstellen. Folgende Leitlinien sind für eine erfolgreiche Kommunikation angedacht, die sich szenariounabhängig durch allen Formen der Kommunikation ziehen sollen:

- Klare Ziele: Erfolgreiche Kommunikation definiert klare, messbare Ziele (beispielsweise Reichweite, Response, Aktion des Empfängers). Kommunikation wird laufend evaluiert.
- Abgestimmtes Vorgehen: Zentrale Akteure agieren abgestimmt in Bezug auf Kommunikationsbotschaften und Zeitpläne. Grundlagen sind eine optimierte interne Kommunikation und klare Zuständigkeiten.
- Faktenbasiert: Die Kommunikation gibt den Stand der Wissenschaft weiter. Kommuniziert werden Fakten, nicht Vermutungen. Wissenschaftliche Erkenntnisse werden in für die Allgemeinheit verständlicher Form vermittelt. Die Wissenschaftler:innen selbst sind glaubwürdige Vermittler:innen des aktuellen Stands der Forschung.
- Transparenz und Verlässlichkeit: Krisenkommunikation muss klar, transparent und verlässlich sein. Ändert sich als gesichert eingestuftes Wissen, wird das trans-

parent gemacht.

- Vertrauen: Der Absender einer Botschaft ist ebenso wichtig wie ihr Inhalt. Ärzt:innen, Gesundheitspersonal, Expert:innen und Wissenschaftler:innen wird besonders viel Vertrauen in Hinblick auf gesundheitliche Fragen entgegengebracht. Auch andere Personengruppen, etwa Lehrer:innen, haben eine Vorbildfunktion für andere.
- Zielgruppenspezifisch: Neben der Kommunikation an die breite Öffentlichkeit werden Zielgruppen mit spezifischen Botschaften über die für sie relevanten Kanälen angesprochen.
- Barrierefrei und inklusiv: Inhalte sind für alle Bevölkerungsgruppen in adäquater Aufbereitung zur Verfügung zu stellen.

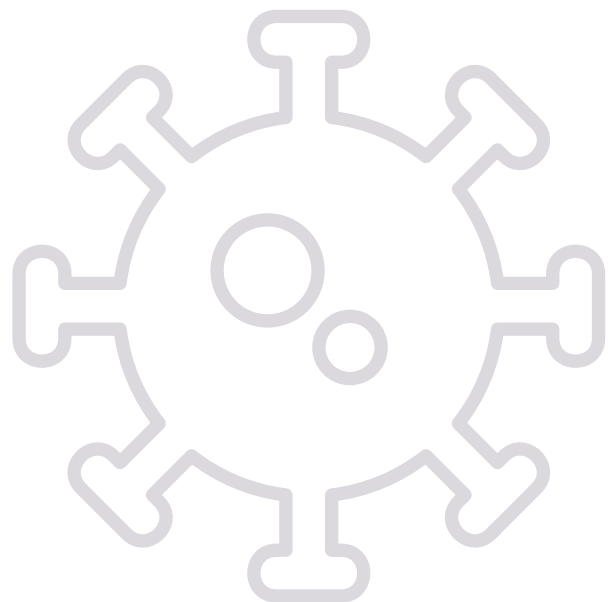
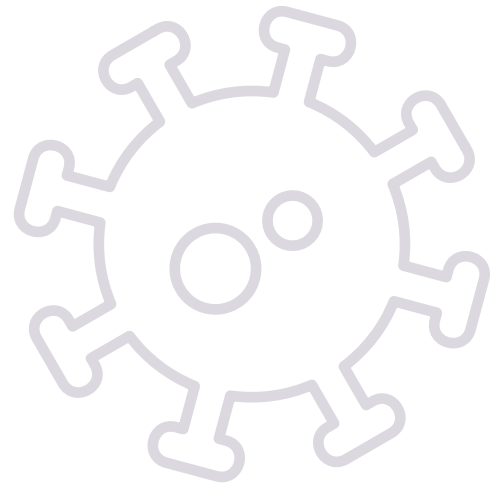
Diese Zielsetzung betrifft ebenfalls die Kommunikation bei zukünftigen Impfkampagnen und Erinnerungsschreiben sowie die zielgruppenorientierte Kommunikation, beispielsweise an vulnerable Gruppen.

Die Impfkommunikation muss stärker auf die persönliche Ebene gehoben werden. Die direkte Kommunikation erfolgt dabei am besten durch Berufsgruppen, denen in der Bevölkerung hohes Vertrauen entgegengebracht wird: Ärzt:innen, Apotheker:innen und weiteres medizinisch geschultes Personal. Somit soll auch bereits über die Kommunikation das Verständnis der Bevölkerung für notwendige Maßnahmen verstärkt werden.

14.3. Maßnahmen

Szenarienunabhängige Maßnahmen:

- Impfkampagne „von unten“ unter Beteiligung der medizinischen Berufsgruppen vor allem durch Face-to-Face-Kommunikationsmaßnahmen, etwa Angebote von Beratungsgesprächen, Vorträgen, One-to-one-Chats, etc.
- Direct-Mailings: Erinnerungsschreiben zur Auffrischungsimpfung gemäß dem Stand der aktuellen Impfeempfehlungen
- Zielgruppen-Kommunikation beispielsweise an ältere Menschen und Jugendliche über spezifische Kanäle: Onlinewerbung, Social Media, zielgruppenspezifische Medien
- Verstärkte Nutzung digitaler Kanäle: Erinnerungen über Grüner-Pass-App



15. Schule

15.1. Ausgangslage

„Schule“ bedeutet mehr als nur „Lehranstalt“ – vielmehr ist sie ein Lebensraum, in dem Schüler:innen, Lehrer:innen sowie Eltern einander begegnen, miteinander agieren und in Kontakt stehen. Der bisherige Pandemieverlauf hat gezeigt, wie wichtig es ist, beides im Blick zu haben: sowohl den Bildungsauftrag der Schule und mit ihm die psychische Gesundheit von Schüler:innen (im Sinne eines sozialen Miteinanders) als auch den bestmöglichen Schutz von Kindern und Jugendlichen (und mit ihnen auch jenen ihrer Familien) vor physischer Gefährdung oder gar Schädigung.

Übergeordnetes Ziel im Bildungsbereich ist es – wie in den anderen Lebensbereichen – mit COVID-19 leben zu lernen. Einschränkungen sollen deshalb auf ein absolut notwendiges Minimum reduziert werden und im Gleichklang mit den Regelungen in anderen Lebensbereichen stehen. Die Schule muss sich wieder auf ihre Hauptaufgabe konzentrieren: die Vermittlung von Bildung und sozialer Kompetenz an Schüler:innen.

Grundsätzlich haben Schulen und alle am Schulleben Beteiligten in den vergangenen Jahren gelernt, mit der Pandemie zu leben: Im bisherigen Verlauf ist es für Schulen eine Selbstverständlichkeit geworden, geeignete Hygiene- und Präventionsmaßnahmen bedarfsgerecht anzuwenden und an das Risiko am jeweiligen Schulstandort anzupassen. Zu diesen Maßnahmen zählen insbesondere die zeitlich befristete Anordnung einer Maskenpflicht an der Schule bzw. in der Klasse und die Möglichkeit der flexiblen Testung mit Antigen-Schnelltests, sobald Krankheits- oder Verdachtsfälle am Standort auftreten. Darüber hinaus kommt der Impfung von Lehrkräften, Verwaltungspersonal sowie Schüler:innen eine entscheidende Bedeutung zu.

Jede Schule verfügt über ein Hygiene- und Präventionskonzept, in dem die Maßnahmen altersgerecht konkretisiert und auf die Bedingungen am Schulstandort angepasst werden. Darin enthalten sind auch die Regelungen zum Lüften der Unterrichtsräume, zur Durchführung von Schulveranstaltungen und zum Distance-Learning, sofern dies in einzelnen Klassen oder am

Standort vorübergehend notwendig werden sollte.

15.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Flächendeckende Schulschließungen stellen im dritten Jahr der Pandemie keine Option mehr dar. Wie bei anderen Infektionskrankheiten (beispielsweise Masern) kann die Gesundheitsbehörde jedoch weiterhin vorübergehende Schließungen einzelner Klassen oder Schulstandorte veranlassen.

Die folgenden szenarienabhängigen Maßnahmen stellen eine Eskalationsleiter dar, die den dargelegten inhaltlichen Eckpunkten und Prämissen Rechnung trägt. Zu den bereits in besseren Szenarien vorgesehenen Maßnahmen kommen in ungünstigeren Szenarien weitere dazu. Große Bedeutung kommt einer transparenten und frühzeitigen Kommunikation an die Schulen zu, wofür die enge Zusammenarbeit und lückenlose Kooperation aller beteiligten Behörden und Expert:innengremien als Voraussetzung zu sehen ist.

15.3. Maßnahmen

Szenarienunabhängige Maßnahmen

- Regelschulbetrieb unter Berücksichtigung des Hygiene- und Präventionskonzepts am jeweiligen Standort (beispielsweise regelmäßiges Lüften)

Szenarien 1 und 2

- keine flächendeckende PCR-Testung
- Anlassbezogene Testung mit Antigen-Schnelltests (beispielsweise bei Erkrankung eines:einer Schüler:in während des Unterrichts)
- Anlassbezogene, zeitlich befristete Anordnung von Maskenpflicht am Schulstandort

Übergang Richtung Szenario 3:

- Verpflichtende PCR-Testung aller Schüler:innen, Lehrkräfte sowie Verwaltungsbediensteten (ein Test pro Woche)

Szenario 3

- Maskenpflicht für alle außerhalb des Klassenraums
- Verpflichtende PCR-Testung aller Schüler:innen, Lehrkräfte sowie Verwaltungsbediensteten
- anlassbezogen, zeitlich befristete Anordnung von Maskenpflicht auch im Klassenraum (Sekundarstufe 1 und 2)
- Möglichkeit zum Fernbleiben vom Unterricht für vulnerable Kinder/Jugendliche bei Vorlage eines fachärztlichen Attests

- Risikobewertung bezüglich der Durchführung von Schulveranstaltungen (beispielsweise Skiwoche, Sprachreise, Wandertag) und autonome Entscheidung am Standort

Szenario 4

- In der Oberstufe (FFP2-)Maskenpflicht und in der Unterstufe (MNS-)Maskenpflicht auch im Klassenraum
- Aussetzen von mehrtägigen Schulveranstaltungen mit Übernachtungen



16. Kultur, Sport und Jugend

16.1. Ausgangslage

Kultur, Sport sowie die außerschulische Jugendarbeit gehören zu den elementaren Bestandteilen des gesellschaftlichen Lebens und gleichzeitig zu jenen Bereichen, in denen pandemiebedingte Einschränkungen besonders gravierende Auswirkungen haben.

Kunst und Kultur setzen Impulse, bieten Reflexionsräume und schaffen Orte für Gemeinschaftserlebnisse und Begegnung, die in einer demokratischen Gesellschaft nicht substituiert werden können. Andererseits erschweren oder verunmöglichen Einschränkungen die Berufsausübung im gesamten Ökosystem der Kreativ- und Kulturbranchen und für alle darin tätigen Personen – insbesondere für Künstler:innen, aber auch für alle anderen an der Organisation und Durchführung von Veranstaltungen beteiligten Personen. Das kann sich wiederum erheblich und nachhaltig auf die Erfüllung des gesellschaftlichen Auftrags von Kunst und Kultur auswirken. Zu beachten ist überdies, dass auch die aktive und gemeinsame Ausübung von Kunst und Kultur gesamtgesellschaftlich einen wesentli-

chen Beitrag zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden leistet.

Sport ist gerade in Zeiten einer Gesundheitskrise ein wichtiger Lebensbereich. Zum einen beinhaltet Sport selbst sehr viele gesundheitsfördernde Aspekte und stärkt die Immunabwehr, zum anderen dient er über das Pflegen sozialer Kontakte dem mentalen Wohlbefinden, das in den vergangenen beiden Jahren spürbar gelitten hat. Nicht zuletzt ist der Spitzensport Erwerbsgrundlage für viele Athlet:innen und dient vielen Zuschauer:innen der Zerstreuung in Zeiten der Einschränkung.

Die außerschulische Jugendarbeit ist ein sozial- und freizeitpädagogisches Handlungsfeld mit einem sehr weiten und facettenreichen Spektrum an Angeboten, das sich an den Bedürfnissen der vielfältigen Zielgruppen orientiert. Jugendarbeit ist im Kern Beziehungsarbeit mit und zur Zielgruppe, weswegen persönlicher Kontakt von besonderer Bedeutung ist. Während der Lockdowns stellte es sich als essentiell heraus, dass grundlegende Angebote der außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit zur psychischen Entlastung und psychosozialen Unterstützung (wie

pädagogische Beratungsangebote und Betreuungsgespräche) für junge Menschen zugänglich waren.

16.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Für alle drei Bereiche ist entscheidend, dass pandemiebedingte Maßnahmen streng nach wissenschaftlicher Evidenz getroffen werden. Dabei sind zahlreiche Parameter wie beispielsweise die Frage, ob die jeweilige Aktivität in- oder outdoor ausgeübt wird, ebenso zu berücksichtigen wie die Gruppengröße oder der Umfang des physischen Kontaktes. Darauf aufbauend spielt eine risikoadjustierte und nachvollziehbare Skalierung der nicht-pharmazeutischen Interventionen für die Akteur:innen in diesen Lebensbereichen eine tragende Rolle.

Wichtig ist dabei, die Zugänglichkeit von Angeboten für Einzel- und Kleingruppensettings auch während der Lockdowns sicherzustellen, die insbesondere zur Entlastung und psychosozialen Unterstützung der betroffenen (jungen) Menschen beitragen.

16.3. Maßnahmen

Szenarien 1 und 2

- verstärkte Koordination von und Beratungstätigkeit für Institutionen und Vereine des Sport- und Kulturbereiches sowie der außerschulischen Jugendarbeit
- Erstellung von Empfehlungen und Informationsmaterial in den Bereichen Kultur, Sport und außerschulischer Jugendarbeit als Unterstützung und Hilfestellung für Vereine und Institutionen

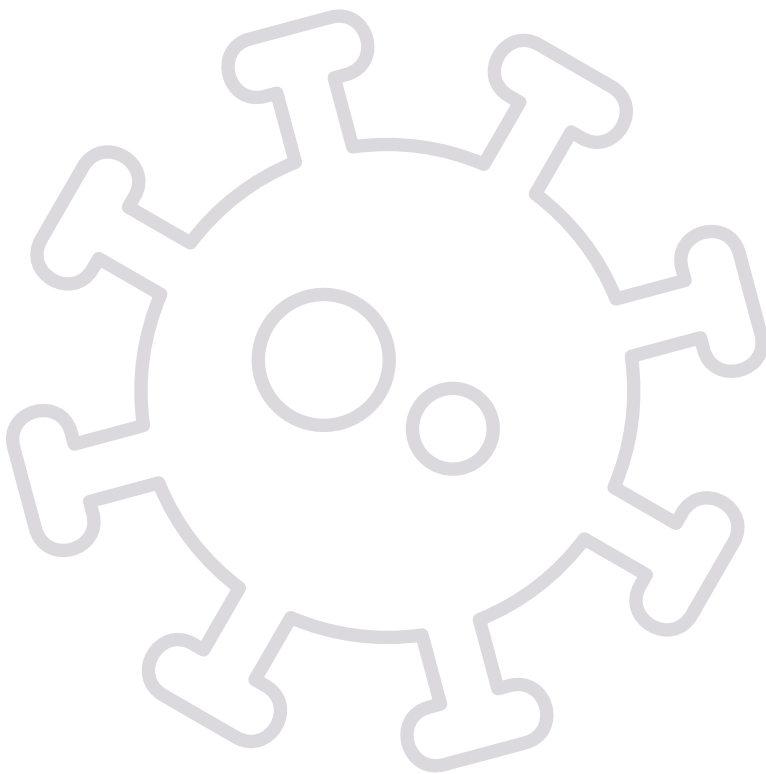
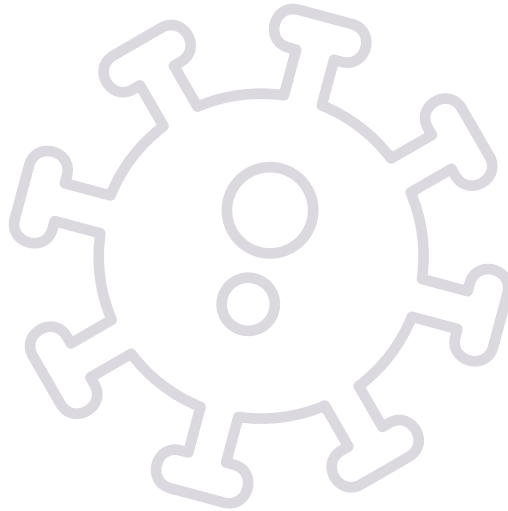
Szenario 3

- Sicherstellung ausreichender Unterstützungsmaßnahmen im Sportbereich, sowohl hinsichtlich Kostenersatz (beispielsweise Breitensport, NPO-Fonds) als auch Einnahmeentfall (Spitzensport, Sportligenfonds) durch den Bund
- Wirtschaftliche Ausgleichsmaßnahmen entlang der bereits etablierten Unterstützungsmaßnahmen bei Einschränkungen insbesondere im kulturellen Veranstaltungsbereich (beispielsweise Überbrückungsfinanzierung, COVID-19-Fonds, NPO-Fonds)
- Online-Schulungen und Informationsangebote für Jugendorganisationen, damit diese ihre digitalen Angebote erweitern können

Szenario 4

- Weitere Unterstützungsmaßnahmen im Sportbereich insbesondere bei Rückgang der Mitgliederzahlen infolge von Ausgangsbeschränkungen (beispielsweise Sportbonus)
- breite wirtschaftliche Ausgleichsmaßnahmen, insbesondere im kulturellen Veranstaltungsbereich

- Sicherstellung der Zugänglichkeit von Angeboten der außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit zur Entlastung und psychosozialen Unterstützung von jungen Menschen



17. Arbeit, Wirtschaft und Tourismus

17.1. Ausgangslage

Die Lebensbereiche der Arbeit und Wirtschaft und hierbei insbesondere der Tourismus waren in den vergangenen zweieinhalb Jahren von starken Verwerfungen in Folge der COVID-19-Pandemie betroffen. Die Pandemie führte zu weltweiten wirtschaftlichen Problemen, hervorgerufen durch die Instabilität globaler Lieferketten und Märkte sowie durch Vulnerabilitäten in kritischen Industrien, Gütergruppen und Dienstleistungen. Verschärft durch die wirtschaftlichen Auswirkungen des Krieges in der Ukraine stellt diese Situation auch für die wirtschaftlichen Lebensbereiche in Österreich eine immense Herausforderung dar.

Bestimmte Branchen laufen Gefahr, im internationalen Standortwettbewerb deshalb zurückzufallen, weil in Österreich strengere Corona-Maßnahmen gelten (beispielsweise heimischer Wintertourismus im Vergleich zur Schweiz). Es hat sich daher gezeigt, dass es behutsamer Kommunikation bedarf, in der nicht die Wirtschaft beziehungsweise bestimmte Branchen

(beispielsweise Tourismus) als Infektionstreiber „gebrandmarkt“ werden. Dies gilt umso mehr, weil gerade im geordneten betrieblichen Umfeld im Vergleich zum weniger regulierten privaten Bereich durch nicht-pharmazeutische Interventionen ein höheres Sicherheitsniveau erreicht werden kann.

17.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Für die Lebensbereiche Arbeit, Wirtschaft und Tourismus soll das oberste Ziel aller Maßnahmen weitestgehend Normalität sein, indem sämtlichen Wirtschaftszweigen eine möglichst dauerhafte Perspektive geboten wird („Living with COVID“).

Wesentlich hierfür sind:

- Hohe Maßnahmenakzeptanz in der Bevölkerung durch möglichst leicht verständliche Regeln: Das lässt sich etwa durch die Setzung einheitlicher Maßnahmen in der nichtversorgungskritischen Wirtschaft erreichen, wobei Sonderlösungen für einzelne Branchen vermieden werden sollen.

- Größtmögliche Planungssicherheit, weil zahlreiche Branchen auf Vorlaufzeiten angewiesen sind (beispielsweise Veranstaltungen – insbesondere Kongresse und Messen, Urlaubsreisen, Gastronomie): Die erforderliche Planungssicherheit kann gefördert werden, indem mögliche Maßnahmen vorab definiert werden („Tool Box“, beispielsweise zu Masken, G-Regelungen).
- Frühzeitige Ausschöpfung sanfter Maßnahmen (beispielsweise Maskenpflicht, Präventionskonzepte) bei einer sich anbahnenden Welle, um ein Abflachen der Infektionswelle zu bewirken
- Minimierung von Lockdown-Phasen: Oberstes Ziel muss die Vermeidung neuerlicher Lockdowns sein. Falls solche unvermeidlich werden, sollte künftig auf kurze harte Lockdowns gesetzt werden.
- Frühestmögliche Kommunikation, dass etwaige schwerwiegende Corona-Maßnahmen (insbesondere Lockdowns) mit neuerlichen Wirtschaftshilfen einhergehen: Dies bietet hauptbetroffenen Branchen eine wirtschaftliche Perspektive.

17.3. Maßnahmen

Szenario 1

- Bereitstellung aktueller Informationen und Entscheidungsgrundlagen und verstärkter Einbeziehung von digitalen Services und bewährten Plattformen (z.B. www.sichere-gastfreundschaft.at; www.usp.gv.at für Wirtschaftsbeteiligte und www.oesterreich.gv.at für Bürger:innen).

Szenario 2

- Prüfung von arbeitsrechtlichen Begleitmaßnahmen in spezifischen Settings, abhängig von gesundheitsrechtlichen Maß-

nahmen, die den Arbeitsplatz betreffen

- Empfehlung zum Tragen von FFP2-Masken im Parteienverkehr und in AMS-Kursen
- Empfehlung zum Tragen von FFP2-Masken in Innenräumen im Tourismusbereich

Szenario 3

- Arbeitsrechtliche Begleitmaßnahmen zum Schutz vulnerabler Beschäftigter (Sonderfreistellung von Schwangeren, Risikogruppenfreistellung) in Abstimmung mit gesundheitsrechtlichen Maßnahmen, die den Arbeitsplatz betreffen
- FFP2-Maskenpflicht in AMS-Kursen und Parteienverkehr
- Reduzierung der persönlichen Vorsprachen beim AMS für vulnerable Personengruppen (Risikogruppenangehörige)
- Abhängig von den Maßnahmen (Einschränkungen bei Veranstaltungen, Handel) müssen Hilfsmaßnahmen für die Wirtschaft aktiviert werden (Härtefallfonds, etc.)
- Präventionskonzepte und COVID-19-Beauftragte für alle Betriebe

Szenario 4

- Arbeitsrechtliche Begleitmaßnahmen zum Schutz vulnerabler Beschäftigter (Sonderfreistellung von Schwangeren, Risikogruppenfreistellung) bzw. zur Vereinbarkeit von Arbeit und Betreuungspflichten, die aus pandemiebedingten behördlich verfügbaren Einschränkungen resultieren
- Umstellung der AMS-Präsenzkurse auf digitale Settings und Reduktion des Parteienverkehrs auf das Mindestmaß (beispielsweise telefonische Geltendmachung, Vorstellungsgespräche)

18. Reisen und Internationale Beziehungen

18.1. Ausgangslage

Reisen in Zeiten von COVID-19 ist zeitweise herausfordernd, da sich die Regelungsregime und Maßnahmen von Land zu Land stark unterscheiden können. Neben der von der Europäischen Kommission betriebenen Informationsplattform Re-open EU stellt das BMEIA auf seiner Homepage über die Auslandsservice-App und über das Call Center eine Reihe von Informationen für die Reiseplanung ins Ausland zur Verfügung. Diese umfassen unter anderem allgemeine Länder- und Reiseinformationen, etwaige Reisewarnungen sowie Hinweise, was bei Notfällen im Ausland zu tun ist. Das Bürgerservice ist in enger Zusammenarbeit mit den österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland, also den Botschaften und Konsulaten, täglich bemüht, österreichischen Staatsbürger:innen in einer Notlage im Ausland zu helfen.

Hinsichtlich der weltweit zu beobachtenden wirtschaftlichen Verwerfungen soll die vorausschauende Beobachtung und Betreuung spezifischer Märkte die Folgen für unsere offene und exportorientierte österreichische Volkswirt-

schaft bestmöglich kompensieren. Das BMEIA mit seinen Vertretungsbehörden weltweit dient als Frühwarnsystem und „Krisenseismograph“ vor Ort, und betreut darüber hinaus bestmöglich österreichische Unternehmen im Ausland.

Bezüglich der Impfstoffsolidarität lag der Fokus in den letzten zweieinhalb Jahren vor allem auf der Weitergabe von Impfdosen an die unmittelbare Nachbarschaft (Westbalkan, östliche und südliche Nachbarschaft) und andere Drittländer – bisher wurden bilateral rund 3,8 Mio. Impfdosen gespendet – sowie in der finanziellen Unterstützung von Gavi/COVAX mit 7,5 Mio. EUR und 4 Mio. Impfdosen, die über COVAX AMC gespendet wurden. Österreich war das erste Land, das über den EU-Koordinationsmechanismus Impfdosen liefern konnte.

18.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Ausgehend von den Erfahrungen seit Beginn der COVID-19-Pandemie ist das BMEIA in der Lage, auf das aktuelle globale Infektionsgeschehen rasch zu reagieren.

In Anbetracht der anhaltenden COVID-19-Pandemie bleibt es unser gemeinsames Ziel, eine möglichst hohe weltweite Durchimpfungsrate zu erreichen. Der weltweite Zugang zu COVID-19-Impfstoffen bietet die beste Aussicht, die COVID-19-Pandemie einzudämmen, Leben zu retten und die negativen Auswirkungen der Pandemie auf die globale wirtschaftliche Entwicklung zu reduzieren. Es wird daher auch weiterhin bilaterale und multilaterale Unterstützung geleistet.

Darüber hinaus ist die österreichische Entwicklungszusammenarbeit bestrebt, die weitreichenden sozioökonomischen Folgen der COVID-19-Pandemie in Partnerländern abzumildern. Auch nach Überwindung der akuten Phase der Pandemie wird dies in den nächsten Jahren ein wichtiges Ziel der OEZA bleiben.

18.3. Maßnahmen

Szenarienunabhängige Maßnahmen

- Ergänzung des internationalen Lagebilds durch Informationen der österreichischen Vertretungsbehörden als Frühwarnsystem und „Krisenseismograph“ vor Ort
- Bereitstellung einer dauerhaften schnellen Hilfsmöglichkeit durch Registrierung über die Auslandsservice-App
- Weiterentwicklung des Grünen Passes als zentrales Reisetool während der Pandemie

Szenarien 1 und 2

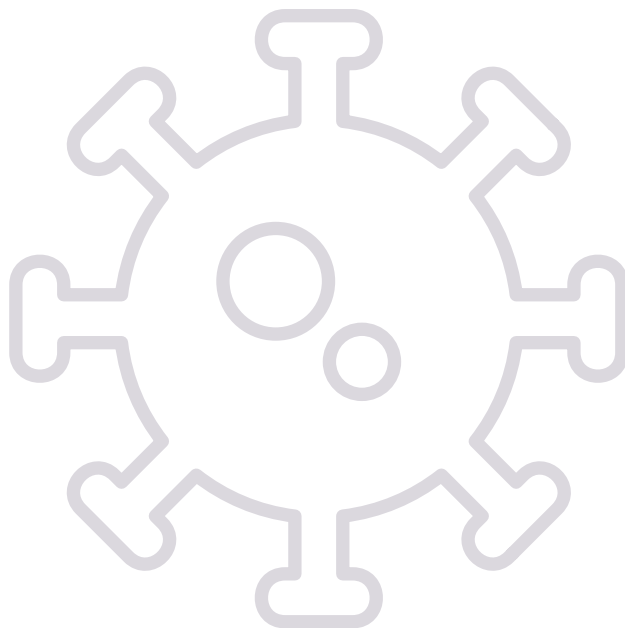
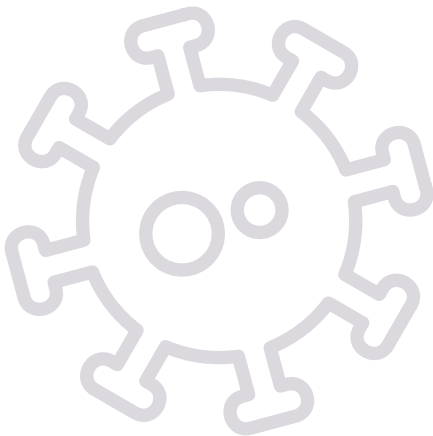
- regelmäßige Aktualisierung des Reiseinformationssystems
- Sicherstellung der notwendigen personellen Ressourcen des BMEIA Call Centers

Übergang Richtung Szenario 3:

- Reaktivierung der COVID-19-Einreiseverordnung samt Einreisebeschränkungen bei Aufkommen neuer besorgniserregenden Virusvarianten zur Verzögerung des Eintrages aus dem Virusvariantengebiet
- Einreisebeschränkungen werden abgestimmt mit anderen EU-Ländern und aufgrund von EU-Rechtsakten erlassen

Szenarien 3 und 4

- G-Einreiseregungen als generelle Einreisevoraussetzung nach Österreich
- Beschränkung der Einreise aus Virusvariantenstaaten (inklusive G-Einreiseregung) sowie allfällige Festlegung einer Quarantäne (Ausnahmen für Schlüsselpersonal in kritischen und versorgungsrelevanten Infrastrukturen)



19. Straf- und Maßnahmenvollzug

19.1. Ausgangslage

Der österreichische Straf- und Maßnahmenvollzug wurde Ende Februar 2020 aufgrund der Entwicklungen der COVID-19-Pandemie vor allem im Hinblick auf die Besonderheiten, die der Straf- und Maßnahmenvollzug als „geschlossenes System“ mit sich bringt, vor vielfältige Herausforderungen gestellt. Insass:innen und Bedienstete sind auf so engem Raum einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt und Einschränkungen wirken sich hier noch stärker aus als in der „Außenwelt“. Neben den gängigen Hygiene- und Präventivmaßnahmen wie Maskenpflicht sowie regelmäßiger Testungen mussten zeitweise auch einschränkende Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Freiheitsmaßnahmen sowie im Besuchsverkehr mit Angehörigen und anderen sozialen Bezugspersonen verhängt werden, um das Risiko einer Einschleppung von COVID-19 in die Justizanstalten so gering wie möglich zu halten.

Mit Beginn der COVID-19-Pandemie in Österreich haben sowohl die Strafvollzugsverwaltung, als auch die 28 Justiz-

anstalten in Österreich als Vollzugsbehörden I. Instanz im eigenen Wirkungsbereich ihre jeweiligen „Einsatzstäbe“ eingerichtet, um rasch auf die Entwicklungen im Pandemiegeschehen reagieren und die erforderlichen Maßnahmen setzen zu können. Seit Beginn der Pandemie an stehen daher Ansprechpersonen sowohl in den Justizanstalten, als auch der Strafvollzugsverwaltung zur Verfügung und auch entsprechende Hygiene- und Präventionskonzepte sind vorhanden. Damit einher geht auch eine sich seit Februar 2020 stetig weiterentwickelnde Erfahrung im Pandemiemanagement.

19.2. Zukünftige Herausforderungen und Ziele

Das wesentliche Ziel im Rahmen des weiteren Verlaufs des Pandemiegeschehen ist es, stets angepasste und am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit orientierte Maßnahmen zu setzen, um die Gesundheit aller im Straf- und Maßnahmenvollzug angehaltenen und tätigen Personen bestmöglich zu

schützen und dabei streng auf die Gewährleistung der persönlichen Rechte der Insass:innen zu achten. Einschränkungen, welche die weitere COVID-19-Entwicklung bedingt, müssen jedenfalls weiterhin mit entsprechenden Maßnahmen zum atmosphärischen Ausgleich der Insass:innen begegnet werden.

Oberste Priorität genießen dabei das körperliche und seelische Wohlbefinden aller Bediensteten und Insass:innen, die Einhaltung der Menschenwürde im Sinne der EMRK sowie allgemein gültige Standards in einem modernen, an humanen Grundsätzen orientierten demokratischen Rechtsstaat.

In Hinblick auf die möglichen Szenarien und die damit verbundenen erforderlichen Maßnahmen ist weiterhin für ein transparentes Vorgehen mit allen betroffenen Stakeholder:innen zu sorgen. Die nachstehenden Maßnahmen sollen künftig ein „Rüstzeug“ für die Justizanstalten darstellen, um je nach Szenario einheitliche Maßnahmen in allen Justizanstalten – abhängig von den individuellen Besonderheiten des jeweiligen Anstaltstypus – sicherzustellen.

19.3. Maßnahmen

Szenario 1

- freiwilliges Maskentragen für Bedienstete und Insass:innen
- regelmäßige Desinfektion und Händehygiene
- laufende Durchführung von Impfungen sowie von Testungen im Bedarfsfall
- keine Einschränkungen bei Besuchen, Freiheitsmaßnahmen oder dem Dienstbetrieb

Szenario 2

- FFP2-Maske verpflichtend für Bedienstete, Insass:innen und Besucher:innen
- Fünf- bis zehntägige Quarantäne bei neuen Insass:innen sowie nach Rückkehr von Freiheitsmaßnahmen

Übergang Richtung Szenario 3:

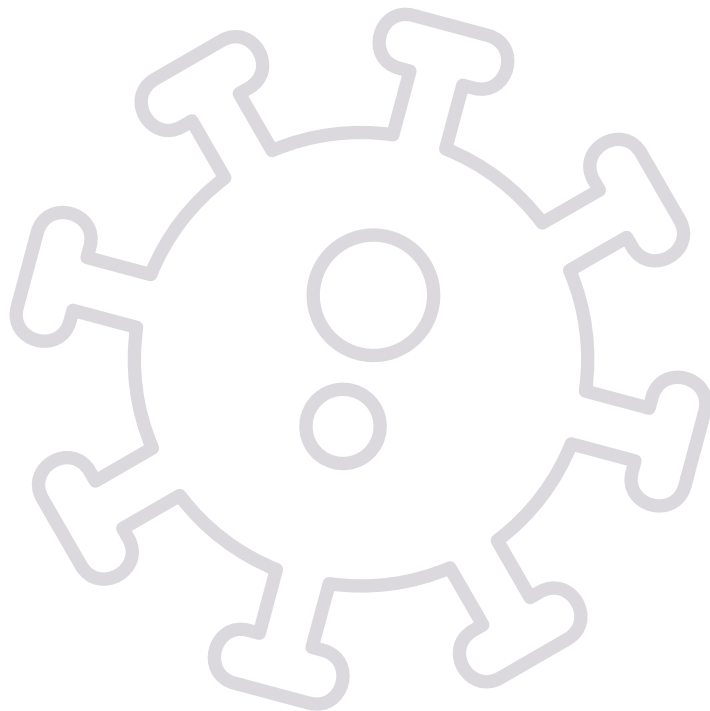
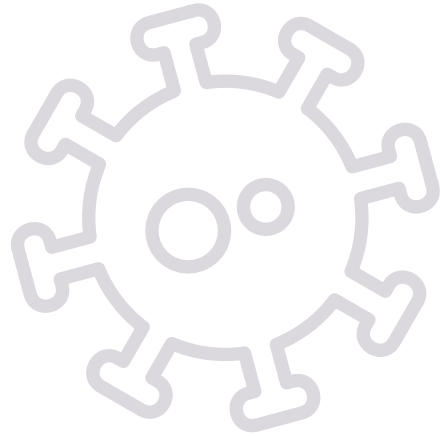
- G-Zugangsregelungen für Besucher:innen

Szenario 3

- Angebot regelmäßiger Testungen
- verstärkte Information zu Impfungen
- schrittweiser Umstieg auf Video- sowie „Glasscheiben“-Besuch
- Home-Office-Empfehlung im zivilen Bereich
- Beschränkungen beim Zutritt externer Fachkräfte

Szenario 4

- Zehntägige Quarantäne bei neuen In-sass:innen
- gänzliche Aussetzung der Freiheitsmaßnahmen sowie der Besuche
- Dienstbetrieb im „Gruppensystem“



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Szenario 1- Idealfall /Reasonable Best Case	10
Tabelle 2: Szenario 2- Günstigster Fall / Central Optimistic	11
Tabelle 3: Szenario 3- Ungünstiger Fall / Central Pessimistic	12
Tabelle 4: Szenario 4- Sehr ungünstiger Fall / Reasonable Worst Case	13

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Impfschema zur Corona-Schutzimpfung ohne positiven PCR-Test	27
Abbildung 2. Impfschema zur Corona-Schutzimpfung mit positivem PCR-Test	28
Abbildung 3. Versorgungspfad Long COVID	34
Abbildung 4. Interventionspyramide	37
Abbildung 5. Gesundheitsdatenlandschaft Österreich	44

