

4. Sitzung des Beraterstabs der Taskforce Corona

Mitschrift

Mitschrift - 4. Sitzung des Beraterstabs der Taskforce Corona

12.03.2020, 17.00 – 18.30 Uhr; BKA

Teilnehmer Bundesregierung: BK Kurz, VK Kogler, Gesundheitsminister Anschober, Innenminister Nehammer

Teilnehmer BMSGPK: KC Lichtenecker, GS Wallner, Piso, Weinseiss, Benka, Paulke-Korinek, Strauss, Bachl

Teilnehmer Beraterstab: Mag. G. Foitek, Univ.-Prof. Dr. M. Müller, Dr. M. Binder, Univ. Prof. Dr. I. Steinmetz, Dr. S. Rabady, Dr. M. Sprenger, Dr. K. Kandel, Ao. Univ. Prof. Dr. E. Puchhammer, Univ. Prof. Dr. F. Thalhammer, Univ. Prof. Dr. H. Kollaritsch, Univ. Prof. Dr. F. Allerberger, Univ. Prof. Dr. G. Weiss (online zugeschaltet), Prof. H. Burgmann; Dipl. Ing. Dr. N. Popper

1. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden begrüßt und das Wort an den Gesundheitsminister übergeben.
2. Es wird darauf hingewiesen, dass die WHO CoViD-19 nun zur Pandemie erklärt habe. Die Wachstumsraten seien weltweit gesehen in der EU am höchsten. In Italien gebe es derzeit 13.000 Infizierte sowie 827 Todesfälle, Tendenz weiter steigend. Innerhalb Österreichs sei Tirol und Wien sehr stark betroffen. Es werde ohne intensive Maßnahmen ein tägliches Wachstum an Infizierten zwischen 40-50 % erwartet. Es gelte in der aktuellen Situation, Menschenansammlungen drastisch zu reduzieren. Es wird auf überwiegend positive Resonanz auf die bereits gesetzten Maßnahmen verwiesen. Es gehe jetzt um Ressourcenschonung und -planung.
3. Wie lassen sich Erfolge einiger Länder erklären (v.a. Singapur und Japan)?
4. Ein Beraterstabsmitglied bedankt sich einleitend für die richtigen Maßnahmen, die die Regierung sowie die Sozialpartner gesetzt hätten. Es seien alle Länder betroffen und er sehe das Problem der „Kernschmelze des Gesundheitssystems“. Man müsse sich die Frage stellen, was zumutbar und effektiv sei. Bezugnehmend auf Singapur führt er aus, dass es als Vorbild gesehen werden könne. Die Kurve sei dort sehr flach. Dies sei dadurch zu erklären, da Singapur sehr früh Maßnahmen wie „Contact Tracing“, „tgl.

Dashboards“ sowie konsequentes „Social Distancing“ gesetzt habe. Die Situation sei dort jedoch auch deshalb anders, da es sich de facto um eine Stadt handle, die leichter zu kontrollieren sei. Es wird die Zahl an Infizierten in Singapur nachgereicht, wonach derzeit 178 Fälle bestätigt seien.

5. Ein weiteres Mitglied bekräftigt, dass es derzeit darum gehe, konsequent Social Distancing zu betreiben. Dementsprechend seien Freizeitaktivitäten zu reduzieren und Besucherströme herunterzufahren.
6. Laut eines anderen Beraterstabsmitglieds gehe es primär darum, Verantwortung für ältere Personen (Großeltern) zu übernehmen.
7. Ein weiteres Mitglied schließt daran an, wonach es primär um den Schutz der verhältnismäßig kleineren, vulnerablen Gruppe gehe. Social Distancing müsse rasch in die Köpfe der Bevölkerung. Dafür bedürfe es einer professionellen Kommunikationsstrategie, für die alle verfügbaren Kanäle zu nützen seien. Die entsprechenden Informationen müsse man „in die hintersten Winkel bringen“, dies unter Einbeziehung der Gemeinden. Diesbezüglich sei eine Informationskampagne in den nächsten Tagen entscheidend. Die Wachstumskurve müsse vor allem in der Risikogruppe flach gehalten werden.
8. Es wird zu bedenken gegeben, dass man noch kein Erwachen der Bevölkerung sehe, aber jede gesetzte Maßnahme dzt. dazu beitrage. Auch wenn gewisse Maßnahmen empören würden, spreche man darüber (Stichwort „Awareness“). Die Beraterstabsmitglieder werden informiert, dass es von den Telekommunikationsanbietern die Zusage gebe, an alle Menschen eine SMS zu schicken. Es werde sich um einen kurzen Text handeln, der je Altersgruppe variieren soll. Hinsichtlich der bereits gesetzten Maßnahmen bekomme man rund 50 % gute Resonanz. 35 % würden sich zudem stärkere Maßnahmen wünschen.
9. Ein Mitglied sieht die Maßnahmen ebenfalls als angemessen an. Es sei jedoch eine beginnende Hysterisierung zwischen Ignoranz und großer Angst zu beobachten. Es gelte nun, eine klare, sichere und ruhige Kommunikation in der Primärversorgung zu gewährleisten. Das Mitglied berichtet von 4 Millionen Patientenkontakten in der Primärversorgung pro Monat und verweist auf die diesbezügliche Multiplikatorenrolle. Man wünsche sich daher eine „Taskforce Primärversorgung“. Problematisch sei, dass es keine persönliche Schutzausrüstung mehr gebe, um sich selbst vor Quarantäne/Erkrankung zu schützen.
10. Ein weiteres Beraterstabsmitglied zeigt sich ebenso über die Maßnahmen begeistert. In Österreich sei es gelungen, auch über das Influenza-Sentinel-System SARS-CoV-2 infizierte Personen zu identifizieren. In Tirol seien derzeit 2 Hotspots bekannt.

Angesprochen auf neue Tests wird zu bedenken gegeben, dass diese noch nicht ausgereift seien.

11. Es wird darauf hingewiesen, dass es im Durchschnitt den ersten Toten ab 300 infizierten Personen gebe und dass das auch in Österreich so eingetreten sei. Die Frage wird daher in den Raum gestellt, welche Maßnahmen für uns sinnvoll seien?
12. Ein Mitglied legt seine Einschätzung dar, wonach in Österreich gut getestet und daher viel gesehen werde. Ziel der Maßnahmen sei zumindest, eine Reduktion um 25 % der Kontakte zu erreichen. Die Zahlen sollen jedenfalls in der Bevölkerung keine Unsicherheit vermitteln. Es gelte jetzt „auf Sicht zu fahren“, der Fokus liege daher auf der nächsten Woche. Die Modelle würden zeigen, dass das Identifizieren von Erkrankten nach wie vor die effizienteste Maßnahme sei und es zudem wichtig sei, jeden Herd zu erkennen. Man hoffe zudem auf Schnelltests.
Im Fokus stehe die Abflachung des „Peaks“, wodurch die Phase entsprechend länger dauern werde. Aktuelle Daten sollen an die Öffentlichkeit, um „Awareness“ zu schaffen und so einen positiven Effekt zu erzielen. Alle Maßnahmen würden jedenfalls nur dann Sinn machen, wenn die Bevölkerung mitmache.
Folge man der Merkel-Annahme, ergebe das ein Worst-Case-Szenario von 60 % an Infizierten. Bei einer Reduktion der sozialen Kontakte im Ausmaß von 25 %, würden sich 32.000 Patientinnen und Patienten als Höchststand ergeben. Daraus könne für Wien ein Bedarf von 6.500 Betten errechnet werden, wobei der KAV insgesamt über 7.500 Betten verfüge.
13. Die Frage, bei wie vielen Fällen Österreich „in die Knie“ gehe, beantwortet ein Mitglied so, dass das Gesundheitssystem „rasch in den Knien“ sei, wenn es weiter so bedient werde wie bisher. Man könne davon ausgehen, dass von 100 Erkrankten, 80 einen milden Verlauf hätten und 20 eine spitalsähnliche Betreuung benötigen würden. Hinsichtlich intensivmedizinischer Betreuung könne diese Zahl noch weiter reduziert werden, jedoch werde man diesbezüglich die derzeit machbare Zahl überschreiten. Es handle sich in erster Linie um hyperfragile Patientinnen und Patienten.
Bezugnehmend auf die Situation in Italien habe eine mehrfache Synchronisierung stattgefunden. Die Bevölkerung sei mit Symptomen in die Ambulanzen gekommen und habe sich untereinander angesteckt. In weiterer Folge seien die ersten schweren Erkrankungen bei Fragilen aufgetreten und hätten diese an einen Respirator angeschlossen werden müssen. Das habe dazu geführt, dass für Junge keine Intensivbetten mehr zur Verfügung gestanden seien.
In Wien gebe es indes viele Patientinnen und Patienten mit Lungenentzündung zu Hause. Zwei Patientinnen bzw. Patienten würden stationär behandelt werden. Es gelte, die Krankenhäuser zu schützen und Patientinnen und Patienten - sofern möglich

- draußen zuhalten. In diesem Zusammenhang müsse man spitalsähnliche Einrichtungen (makeshift hospitals) schaffen, um die Kapazitäten zu erhöhen. Unter der Annahme, dass es in Wien 10.000 klinisch Erkrankte gebe, würde das 1.000 klinische Fälle ergeben. Das Limit sei bei 30.000 – 50.000 Erkrankten gegeben und werde zwischen 20. und 30.3. erreicht werden. 100.000 Erkrankte würden demnach weit „off limit“ sein. Die Erkrankung werde nicht im Krankenhaus, sondern zu Hause und damit auch in der Primärversorgung entschieden werden.

14. Ein Beraterstabsmitglied verdeutlicht, dass es in Österreich seit Beginn aufsuchende Testung/Betreuung gebe. Es werde 4 Versorgungsebenen brauchen. Notkrankenstationen würden vorbereitet werden. Darüber hinaus werde in Wien telemedizinische Betreuung getestet. Weiters werde daran gearbeitet, Teams für eine Kampagnenfähigkeit aufzustellen, um „Awareness“ zu schaffen. Auf die Bitte, diesbezüglich „aufs Gas zu steigen“, antwortet das Mitglied, dass dies alles unter der Wahrnehmungsgrenze bereits passiere. Es wird weiter ausgeführt, dass Patientinnen und Patienten, die zu Hause sind, an das System angebunden werden müssen und dies derzeit (in Wien bereits) gut funktioniere. Hinsichtlich der Amtsärztinnen und Amtsärzte sei zu beachten, dass diese momentan massiv belastet seien. Man arbeite darüber hinaus an einer App für „Contact Tracing“.
15. Ein weiteres Mitglied legt dar, dass Wuhan so groß wie Österreich sei und ~12.000 (makeshift hospital) Betten für den Notfall vorhielt. In Wien entspräche dies 3.000 – 5.000. Es wird verdeutlicht, dass die Regierung alle Maßnahmen unterstützen würde, die es für eine solche Bereitstellung erfordern würde (zB Zurverfügungstellung von Bundesheerkasernen). Ein anderes Beraterstabsmitglied weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es nicht nur Betten benötige, sondern eine Sauerstoffversorgung überall sichergestellt sein müsse. Diesbezüglich evaluiere man gerade entsprechende Gebäude. Es wird gebeten zu definieren, was benötigt werde, um in weiterer Folge einen Konsens mit den Regierungsmitgliedern herbeizuführen. Hinsichtlich Schutzausrüstung sei die Situation, wonach LKWs an der Grenze stehen, laut einem Mitglied demoralisierend. Es werde Geld für Infrastrukturmaßnahmen sowie Zusammenhalt und tatkräftige Umsetzung benötigen. Er spreche diesbezüglich von einer „Wir-schaffen-das-Mentalität“. Bezugnehmend auf die Aussage, wonach das Bundesheer hinsichtlich Infrastruktur abgewunken habe, wird verdeutlicht, dass die konkreten Erfordernisse an den SKKM-

Einsatzstab herangetragen werden sollen und das Bundesheer im Bedarfsfall bereit wäre.

16. Es wird nochmals darauf hingewiesen, dass man in der Bevölkerung keine wirkliche Sorge spüre. Hinsichtlich Erweiterung der Kapazitäten könne man sich vorstellen, Ärztinnen und Ärzte aus der Pensionen zurückzuholen (was vom Beraterstab aufgrund der Risikogruppe nicht befürwortet wird) oder Medizinstudenten einzubinden. Ein Mitglied weist darauf hin, „dass wir das haben, was wir haben“ und es vorrangig um die Schaffung von Zwischenspitälern und die Beschaffung von Schutzausrüstungen gehe.

Ein anderes Mitglied unterstreicht, dass ohne Schutzausrüstung niemand etwas mache.

17. Bezugnehmend auf die Lebensmittelversorgung wird informiert, dass es Gespräche mit den Lebensmittelkonzernen gegeben habe und es in den 2 großen Lagern zu Engpässen aufgrund fehlender Lagerarbeiter aus Ungarn bzw. der Slowakei kommen könne. Hier sei es jedoch leicht möglich, andere Personen einzuschulen und das Bundesheer könne dies ggfs. übernehmen.

18. Ein Beraterstabsmitglied beantwortet die Frage, was Italien von Österreich unterscheide dahingehend, dass dort die Lage erst bei einer großen Anzahl von Erkrankten realisiert worden sei. Es könne damit gerechnet werden, dass die Zahl auch in Tirol noch explodieren werde und die Fälle in Italien nach oben gehen werden. Es gebe leider viele unentdeckte Fälle in Tirol und hätte sich die Tiroler Bevölkerung in Südtirol angesteckt. Der Vorteil sei jedoch, dass es sich um viele junge Patientinnen und Patienten (Urlauberinnen und Urlauber) handle. Vier Patientinnen bzw. Patienten seien derzeit in stationärer Behandlung, eine bzw. einer davon auf einer Intensivstation.

Rauchende Männer seien zudem besonders gefährdet und wäre es wichtig, Patientinnen und Patienten so früh wie möglich z.B. in Quarantäneeinrichtungen zu entlassen, um den stationären Bereich zu entlasten. Das Mitglied rechne mit einem täglichen Anstieg in Tirol von 30 – 40 %.

19. Ein Mitglied weist darauf hin, dass „big data tracing“ ein Erfolgsfaktor in Singapur gewesen sei. Dadurch seien die Bewegungen leicht zu verfolgen gewesen. Das Schweizer Modell umfasse aktuell widersprüchliche Maßnahmen. Jedenfalls müsse der ÖGD gestützt werden und es sei die bereits angesprochene App für „Contact Tracing“ sehr wichtig. Bezugnehmend auf die Krankenhäuser gelte es zu verhindern, dass die Leute ins Krankenhaus gehen, weil 1450 überfordert ist. In diesem Zusammenhang wäre eine Hotline für vulnerable Gruppen anzudenken und müsse die Telefontrriage generell verstärkt werden (Länderzuständigkeit).

Es wird bestätigt, dass dies heute im Gespräch mit GLR/LSDs angesprochen worden sei.

Hinsichtlich Daten wird auf das elektronische Melderegister im BMSGPK verwiesen.

20. Ein Mitglied verweist mit Blick auf Korea als Erfolgsfaktor darauf, dass dort bis dato 260.000 Tests durchgeführt worden seien. Bezüglich Singapur sei dort „Contact Tracing“ einfacher möglich und die Administration ganz besonders straff. Hinsichtlich Österreich sei die größte Belastung dann gegeben, wenn die vulnerable Gruppe klinisch krank werde. Eine Herdenimmunität sei möglich.

Bezugnehmend auf die Kommunikation gebe es als Beispiel die Masernepidemie der 90er in Großbritannien. Dort habe man mit der Angst der Bevölkerung gespielt. Daran anknüpfend, müsse man der Bevölkerung (vor allem der vulnerablen Gruppe) klarmachen, dass es sich um eine potentiell tödliche Krankheit handle und nicht mit der einfachen Grippe vergleich sei. Die Sterblichkeit sei demnach zwischen 10 – 15 % höher. Zudem gelte es, die Apotheken hinsichtlich Triage einzubinden.

Es wird verdeutlicht, dass die Menschen vor einer Ansteckung Angst haben sollen bzw. Angst davor, dass Eltern/Großeltern sterben. Hingegen sei die Angst vor Lebensmittelknappheit, Stromausfällen etc. der Bevölkerung zu nehmen.

21. Ein weiteres Beraterstabsmitglied sieht großen Bedarf, hinsichtlich dem Gesundheitspersonal (Multiplikatoren) nachzuschärfen. Es handle sich auch bei dieser Gruppe um Menschen mit Gefühlen, die bei der Sorge um einen Schutzausrüstungsengpass jetzt Angst bekommen würden. Es gelte, die Häufigkeit der Kontakte – vor allem chronisch Kranker - in den Ambulanzen zu minimieren.
22. Ein Mitglied sieht die Information der Bevölkerung als zentrales Element. Es gehe um Verhaltensänderungen im Sinne von „Wo kann ich mich anstecken?“. Bilder/Clips seien in diesem Zusammenhang sehr hilfreich und würden mit einfachen Botschaften zeigen, wo Kontakt zu vermeiden ist.
23. Es wird informiert, dass mit externen Kommunikationsexperten überlegt worden sei, wie man die nächste Phase angehe. Man müsse jedenfalls ein emotionales Commitment für die nächsten Monate aufrechterhalten. Zudem gelte es, die „Millennials“ zu erreichen nach dem Motto: „Wenn ihr es nicht für euch macht, dann für eure Eltern/Großeltern“. Hauptproblem seien Familienfeste und man müsse die Leute dahingehend auf einer emotionalen Ebene erreichen. Ansonsten bestehe die Gefahr, dass das Virus sich über Multiplikatoren auf die vulnerablen Gruppen übertrage.
24. Ein Beraterstabsmitglied appelliert, das „Case Tracing“ nicht aufzugeben. Hinsichtlich Schutzausrüstung fehle dieses um eine Zehnerpotenz (es gebe hunderttausende, man brauche jedoch Millionen).

25. Es wird verdeutlicht, dass die LSDs am Limit seien und darauf verwiesen, dass bereits vor drei Wochen angeboten wurde, dass die Polizei hinsichtlich „Contact Tracing“ unterstützen könne.

Polizisten seien geschult, Leute zu verhören. Es wird erwidert, dass diese vermutlich keinen sanitätsbehördlichen Bescheid ausstellen könnten.

26. Es wird indes die Frage in den Raum gestellt, nach welchen Kriterien vorgegangen werden solle, wie lange in einzelnen Gebieten Tests durchgeführt werden sollen bzw. „Contact Tracing“? Es wird betont, dass dies grundsätzlich immer/ in jeder der Stufen sinnvoll sei.

Ein Mitglied gibt zu bedenken, dass es immer mehr infiziertes medizinisches Personal gebe und es dafür flexible Vorgehensweisen geben müsse. Weiters sei eine rechtliche Klarstellung erforderlich. Ein diesbezügliches Konzept läge dem BMSGPK bereits vor.



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

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

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