

# **6. Sitzung des Beraterstabs der Taskforce Corona**

Mitschriften

# Mitschrift – 6. Sitzung des Beraterstabs der Taskforce Corona

**20.03.2020, 7.30-9.00 Uhr; Videokonferenz**

## **1. Begrüßung durch Gesundheitsminister Anschober**

Anschober bittet um Diskussion folgender Punkte: Schutzkonzept Spitäler, Definition Risikogruppen, Strategie zu Entlassung nach Erkrankung/Quarantäne, Strategie für das Durchführen von Tests.

## **2. Mathematisches Modell zur Entwicklung der Fallzahlen**

Es wird berichtet, dass sich das mathematische Modell bestätigt hat, dass das tägliche Wachstum von 40 % auf 20-25 % gefallen sei. Wenn dies erhalten werden kann, dann sagen die Prognosen, dass wir nur mehr 10 % der Erkrankten zu erwarten hätten, was extrem wichtig für die Ressourcenplanung sei. Ende März sei jedenfalls mit 10.000 Erkrankten zu rechnen – der genaue Impact der rezent gesetzten Maßnahmen wird sich noch zeigen. Derzeit werden sehr starke Maßnahmen ungesetzt und man versucht mit dem Modell zu berechnen, welche Maßnahmen konkret welchen Impact haben und welche Auswirkungen wie groß sind, um besser abschätzen zu können, welche Maßnahmen fortgesetzt werden sollen und welche später, beim Ausschleichen, früher ausgesetzt werden könnten. Die Bettenkapazität in Österreichs Krankenhäusern scheint einstweilen ausreichend zu sein. Derzeit wird der Peak der Erkrankungen für April geschätzt, wobei dies auch von den lokalen Ausweitungen des Virus abhängig sei. Detailergebnisse auf Bundesländer-Ebene werden gerade geprüft. Es wird weiter berichtet, dass der Effekt weiterer zusätzlicher Maßnahmen nahezu gegen null gehe (bildlicher Vergleich eines Schwamms, der irgendwann am Limit des Zusammendrückens sei, auch wenn man noch mehr Kraft aufwendet) . Ein Aufheben der Maßnahmen würde jedenfalls zu einem sofortigen schnellen Anstieg der Fallzahlen führen. Die sehr sensible Frage sei derzeit, wann welche Maßnahmen dosiert aufgehoben werden können, um ein „hinaufschnellen“ der Fälle zu vermeiden.

### 3. Lagebericht einzelner Beraterstabsmitglieder

Von Beraterstabsseite wird von 20 stationären Fällen und 5 Fällen auf der Intensivstation in einem österreichischen Spital berichtet. Sekundärinfektionen kämen zum Tragen und, wie erwartet, würden die Zahlen an Hospitalisierungen und ICU-pflichtigen Patientinnen und Patienten steigen.

Ein weiteres Mitglied berichtet, dass „untypische“ COVID-Krankheitsverläufe in allen Bereichen des Krankenhauses vorstellig werden, was zu einer zusätzlichen Gefahr der Infektionsausbreitung im Krankenhausbereich beitrage. Von Seiten des BMSGPK wird angemerkt, wie wichtig es sei, entsprechende Krankenhaus-Konzepte zu erstellen.

### 4. Testungen

Ein Mitglied des Beraterstabs informiert darüber, dass auch „in house-PCRs“ aufgestellt werden, welche normalerweise in erster Linie im Bereich der Grundlagenforschung angewandt werden. Es wird berichtet, dass derzeit zahlreiche Antikörper-Tests im Umlauf wären, die jedoch höchst bedenklich wären: hier würden bis zu 30 % der Fälle nicht erkannt werden, die Erkrankung könne mit derartigen Antikörpertests nicht nachgewiesen werden. Ein weiteres Mitglied fordert, dass die Diagnostik in den Labors vor Ort forciert werden sollte. Weiters wird berichtet, dass im Sentinel (Informations- und Frühwarn)-system bis dato 20 positive Fälle als Zufallsbefunde bei symptomatischen Patientinnen und Patienten identifiziert wurden.

Es erfolgt eine Diskussion, wie weiter mit Testungen umgegangen werden soll: sollen nach wie vor alle symptomatischen Personen getestet werden, oder wäre eine Priorisierung/Risikostratifizierung abhängig von vulnerablen Personengruppen, Schlüsselpersonal etc. sinnvoll? Die Antworten lauteten:

- eine Risikostratifizierung mache wenig Sinn
- Testungen sollten priorisiert werden
- Fokus sollte auf Schlüssel- und Gesundheitspersonal liegen
- Fokus sollte auf sozialen und medizinischen Berufen (Schlüsselpersonal) liegen, plus Sentinel-System, um ein Bild der Lage zu haben.
- Eine populationsbasierte Karte der Antigenbelastung/ der Antikörpertiter wäre wünschenswert. Es wird allerdings darauf hingewiesen, dass die derzeit verfügbaren Antikörper-Tests alle nur für Forschung, nicht für Diagnostik zugelassen wären.

Einigkeit herrscht über die Grundstrategie: derzeit wären PCR Tests aller Verdachtsfälle noch sinnvoll, in weiterer Folge könnte eine Priorisierung angedacht werden.

Es wird betont, dass das Testen jedenfalls enorm wichtig sei und so viel wie möglich umgesetzt werden sollte. Ein Beraterstabsmitglied merkt jedoch an, dass man selbst bei einem Test, der zu 99 % spezifisch wäre, bei einer Prävalenz von 12,5/100.000 Erkrankten mit bis zu 20.000 falsch positiven Testergebnissen rechnen müsse. In diesem Zusammenhang meint ein weiteres Mitglied, dass in den nächsten 2 Wochen die notwendigen Reagenzien (für Bestätigungstests) nicht verfügbar wären. Sogenannte Neutralisationstests könnten nicht für die breite Masse angeboten werden.

Ein Mitglied weist auf die Wichtigkeit des Sentinelsystems (Informations- und Frühwarnsystems) hin und dass es wünschenswert wäre, dieses auszuweiten.

## **5. Niedergelassener Bereich**

Von Seiten eines Beraterstabsmitglieds wird berichtet, dass auch ein Risikostratifizierungsbogen wünschenswert wäre, mit Hilfe dessen niedergelassene Kolleginnen und Kollegen evaluieren können, ob bei Erkrankten ein Hospitalisierungsbedarf bestehe und damit verhindert werden könne, dass risikoreiche/schwere Verläufe, welche eine stationäre Aufnahme erforderlich machen würden, nicht hospitalisiert werden.

Ein weiteres Mitglied merkt an, dass auch ein Kriterienkatalog notwendig wäre, welche sich der Fragestellung annimmt, wann ein Patient im Krankenhaus behandelt werden soll und wann in einer Notkrankeinstation.

Es wird berichtet, dass derzeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten teils ein 3-Monats-Bedarf an Medikamenten verordnet werde. Dies würde die Möglichkeiten in den Apotheken überschreiten, man müsse so mit einer Verknappung einiger Arzneimittel rechnen. Es sollte künftig – wie sonst auch üblich- nur mehr ein Monatsbedarf verordnet werden.

In vielen Apotheken würde derzeit in 2er-Mannschaften gearbeitet werden, um sicherzustellen, dass auch bei einer etwaigen SARS-CoV-2-Infektion der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter noch ein 2. Team bereitsteht.

## **6. Seroprävalenz/epidemiologische Situation**

Es stellt sich die Frage, wie hoch die Infektionsrate unter der Bevölkerung tatsächlich ist, insbesondere deswegen, weil bei vielen Personen milde Verläufe beobachtet würden. Dabei berichtet ein Mitglied von einer Seroprävalenzrate von 20 % nach Ablauf der 1. Infektionswelle in Wuhan. Allgemein wird der momentane Zeitpunkt als zu früh erachtet, um Seroprävalenzstudien durchzuführen. Zukünftig wird dies jedoch regelmäßig notwendig sein.

## **7. Abschließende Worte**

HBM berichtet, dass Details einer gemeinsamen europäischen Vorgehensweise noch nicht abgestimmt wären.

Er berichtet, dass Videokonferenzen mit den Landeshauptleuten wie auch den Gesundheits- und Soziallandesreferenten folgen würden.

Bis zum Wochenende würden jedenfalls 6.000-7.000 Betten als zusätzliche „Corona-Kliniken“ bereitstehen.

HBM betont, dass der Fokus in der weiteren Planung auch darauf liegen müsse, die Motivation der Bevölkerung zu erhalten, sich an die COVID-Präventions-Maßnahmen zu halten. Man müsse daher auch darüber nachdenken, wo zukünftig in kleinen Bereichen „Fenster“ eröffnet werden könnten, um die Maßnahmen zwar zu lockern, aber dabei dennoch nicht Gefahr zu laufen, dass es zu einem Erkrankungspeak kommt.



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

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

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