

Pandemieplan

für respiratorische Krankheiten



Pandemieplan

für respiratorische Krankheiten

Wien, 2023

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, A-1010 Wien
+43 1 711 00-0
sozialministerium.at

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Layout & Druck: BMSGPK

Coverbild: © istockphoto.com/imaginima

ISBN: 978-3-85010-686-3

Copyright und Haftung:

Ein auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Speicherung auf Datenträgern zu kommerziellen Zwecken, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z.B. Internet oder CD Rom.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.); Pandemieplan für respiratorische Krankheiten, 2023.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Inhalt

Vorwort	5
Einleitung	6
1 Allgemeines	7
1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen	7
1.1.1 Nationale Rechtsgrundlagen	7
1.1.2 Internationale Rechtsgrundlagen	8
1.1.3 Anzeigepflicht	9
1.1.4 Internationale Meldeverpflichtungen	9
1.2 Relevante Behörden und Institutionen	9
1.3 Gremien auf nationaler Ebene	10
1.3.1 Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement	10
1.3.2 Konferenz der Landessanitätsdirektionen	10
1.3.3 Konferenz der Landesgesundheitsreferent:innen	11
1.3.4 Oberster Sanitätsrat	11
1.3.5 Nationales Impfgremium	11
1.4 Zusammenarbeit auf europäischer und internationaler Ebene	12
1.4.1 Health Security Committee	12
1.4.2 HERA Board	13
1.4.3 Health Crisis Board	13
1.4.4 Integrierte Regelung für die politische Reaktion auf Krisen	13
2 Vorbereitungsphase	14
2.1 Krisenstab im BMSGPK	14
2.2 Schaffung und Evaluierung von rechtlichen Grundlagen	14
2.3 IT-Infrastruktur und Datenerhebung	15
2.4 Epidemiologische Surveillance	16
2.5 Labor- und Testkapazitäten	17
2.6 Vorbereitungen für Beschaffungen während einer Pandemie	17
2.7 Krisenbevorratung	18
2.8 Vorbereitungen für den Aufbau von Test- und Impfstrukturen	18
2.9 Steigerung der Gesundheitskompetenz	19
2.10 Risiko- und Krisenkommunikation	19
2.11 Evaluierung und Übungen	20
3 Pandemische Phase	21
3.1 Einrichtung von Krisenstrukturen im BMSGPK	21
3.2 Einberufung der nationalen Gremien	22
3.3 Einsetzen weiterer Gremien und Einbeziehen von Expert:innen	23
3.4 Gremien auf europäischer und internationaler Ebene	24
3.5 Diagnostik	25
3.6 Erfassung, Darstellung und Beurteilung der epidemiologischen Lage	25
3.7 Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie	26

3.7.1 Instrumente zur Maßnahmensetzung.....	27
3.7.1.1 Empfehlungen.....	27
3.7.1.2 Erlässe an die Landeshauptleute.....	27
3.7.1.3 Verordnungen.....	27
3.7.2 Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung.....	28
3.7.3 Verkehrsbeschränkungen.....	29
3.7.4 Maskenpflicht.....	30
3.7.5 Nachweis über eine geringe epidemiologische Gefahr.....	30
3.7.6 Betretungsverbote.....	31
3.7.7 Zusammenkünfte und Veranstaltungen.....	32
3.7.8 Ausgangsregelungen.....	32
3.7.9 Schließung von Lehranstalten.....	33
3.7.10 Verkehrsbeschränkungen gegenüber dem Ausland.....	33
3.7.11 Verkehrsbeschränkungen in Bezug auf Epidemiegebiete.....	34
3.7.12 Testungen.....	34
3.8 Kommunikation.....	36
3.9 Beschaffung und Verteilung.....	36
3.10 Aufbau von Test- und Impfstrukturen.....	36
3.11 Pandemiespezifische IT-Projekte.....	37
4 Übergangsphase.....	38
4.1 Wissenstransfer und Evaluation.....	38
5 Fazit und Ausblick.....	39
Abkürzungen.....	41

Vorwort

Die COVID-19-Pandemie hat uns in allen Lebensbereichen vor große Herausforderungen gestellt. Insbesondere hat sie aber auch die Gesundheitsbehörden und das Gesundheitssystem stark gefordert.

Der Verlauf einer Pandemie mit einem respiratorischen Erreger ist in seinen Einzelheiten nicht genau vorhersehbar. Das haben uns die unterschiedlichen Phasen der Pandemie gezeigt. Zu breit ist das Spektrum an Möglichkeiten. Eine gute und umfassende Vorbereitung ist trotzdem unumgänglich, um ein wirksames und effizientes Pandemiemanagement und damit den bestmöglichen Schutz der Bevölkerung sicherstellen zu können.

Der vorliegende Pandemieplan für respiratorische Krankheiten versetzt mein Ressort in die Lage, im Fall einer Pandemie diesen Schutz auch erzielen zu können. In diesem Plan werden konkrete Maßnahmen festgelegt, an deren Umsetzung bereits gearbeitet wird. Zu den wichtigsten Vorbereitungen zählen eine komplette Neufassung des Epidemierechts, die Schaffung eines leistungsstarken Epidemiologischen Meldesystems (EMS) sowie die Etablierung einer umfassenden epidemiologischen Surveillance. In den vergangenen Jahren haben wir – vor allem auch dank der raschen Entwicklung sicherer Impfstoffe – kontinuierlich gelernt, mit dem Virus zu leben. Bei der konkreten Ausgestaltung der Maßnahmen stellen daher die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie eine wertvolle Hilfe dar.

Für den Fall einer weiteren Pandemie können wegen der mannigfaltigen Möglichkeiten ihres Verlaufs keine strikten Handlungsanweisungen gegeben werden. Trotzdem werden im vorliegenden Pandemieplan einige grundlegende Vorgaben gemacht, etwa zu den Krisenstrukturen, die im Anlassfall in meinem Ressort eingerichtet werden, oder zu den Gremien, die zur Beratung einberufen werden könnten. Weiters werden die wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung einer Pandemie angeführt, wobei auf ihre Wirksamkeit, in Abhängigkeit von der pandemischen Lage, sowie ihre Vor- und Nachteile eingegangen wird.

Abschließend möchte ich noch meinen persönlichen Dank an alle Beteiligten, die zur Erstellung des vorliegenden Pandemieplans beigetragen haben, sowie an alle Personen, die bereits an der Umsetzung der Vorbereitungsmaßnahmen arbeiten, richten.

Johannes Rauch
Bundesminister



© Marcel Kulhanek

Bundesminister
Johannes Rauch

Einleitung

Der gegenständliche Pandemieplan beschreibt die vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) zu setzenden Vorbereitungen auf eine Pandemie mit einem respiratorischen Erreger (z.B. SARS-CoV-2, Influenza, neuartige Erreger) sowie das Handeln des BMSGPK im Falle einer solchen Pandemie.

Hinsichtlich der Vorbereitung auf eine Pandemie werden im vorliegenden Plan konkrete Maßnahmen festgelegt, die helfen sollen, eine Pandemie möglichst gut zu bewältigen. Diese Maßnahmen werden in der Vorbereitungsphase konsequent umgesetzt.

Für den Fall einer Pandemie können keine starren Vorgaben gemacht werden, da dann das Handeln an die jeweilige epidemiologische Lage, die Eigenschaften des Erregers sowie an weitere Faktoren angepasst werden muss.

Der vorliegende Pandemieplan wird regelmäßig unter Berücksichtigung neuer Rahmenbedingungen, neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der jeweils gültigen Rechtslage evaluiert und erforderlichenfalls angepasst. Insofern ist er als lebendes Dokument anzusehen.

Es handelt sich beim vorliegenden Pandemieplan um eine Anleitung für das Vorgehen des BMSGPK. Auch die Koordination und Zusammenarbeit mit anderen Behörden und sonstigen Institutionen wird darin beschrieben.

Der Rechnungshof hat in letzter Zeit eine Reihe von Prüfungen zur COVID-19-Pandemie und im April 2023 zusammenfassende Handlungsempfehlungen aus der Pandemie veröffentlicht. Die Empfehlungen hinsichtlich Pandemiemanagement sind in diesem Pandemieplan entsprechend berücksichtigt.

1 Allgemeines

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die grundlegenden Rahmenbedingungen des Pandemiemanagements im BMSGPK gegeben.

1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) sind die Gesetzgebung und die Vollziehung im Bereich des Gesundheitswesens bis auf wenige Ausnahmen Bundessache. Somit besteht für die Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten als Teil des Gesundheitswesens die Zuständigkeit des Bundes für die Gesetzgebung und die Vollziehung. Gemäß Teil 2 Abschnitt L Z 9 der Anlage zum Bundesministeriengesetz 1986 (BMG) ist das BMSGPK für die Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zuständig.

Die Gesetzgebung in Bundessachen erfolgt durch das Parlament. Die Vollziehung im Zusammenhang mit der Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten erfolgt nach Art. 102 Abs. 1 B-VG im Wege der mittelbaren Bundesverwaltung durch die Landeshauptleute und die ihnen unterstellten Bezirksverwaltungsbehörden (BVB). Hierbei sind die Landeshauptleute an Weisungen und Erlässe des Bundesministers gebunden. Verordnungen können auf Basis der jeweiligen gesetzlichen Grundlage durch den Bundesminister, in bestimmten Fällen auch durch die Landeshauptleute sowie die BVB, erlassen werden.

1.1.1 Nationale Rechtsgrundlagen

Um die erforderliche Flexibilität bei der Pandemiebekämpfung zu gewährleisten, bedarf es geeigneter rechtlicher Rahmenbedingungen. Das Epidemiegesetz 1950 (EpiG) sowie die auf dessen Grundlage erlassenen Verordnungen bilden die wichtigste rechtliche Grundlage für das Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden. Damit werden insbesondere die Anzeigepflichten, das behördliche Vorgehen und wesentliche Maßnahmen zur Bekämpfung von epidemisch auftretenden Krankheiten bzw. Erregern geregelt.

Neben dem EpiG und den darauf basierenden Verordnungen kommt noch einer Reihe weiterer Rechtsvorschriften eine wesentliche Rolle bei der Pandemiebekämpfung zu. Von besonderer Relevanz dabei sind das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG), das Arzneimittelgesetz (AMG) und das Medizinproduktegesetz 2021 (MPG 2021) sowie die jeweils auf deren Grundlage erlassenen Verordnungen.

Der Bund und die übrigen Gebietskörperschaften tragen gemäß § 2 des Finanz-Verfassungsgesetzes 1948 (F-VG 1948), sofern die zuständige Gesetzgebung nichts anderes bestimmt, den Aufwand, der sich aus der Besorgung ihrer Aufgaben ergibt. Somit besteht grundsätzlich die Verpflichtung, die eigenen Kosten selbst zu tragen. Davon können aber mittels Gesetz abweichende Regelungen getroffen werden. Eine derartige vom F-VG 1948 abweichende Regelung stellt etwa die Kostentragungsbestimmung des § 36 EpiG dar, der abschließend regelt, welche Kosten vom Bund zu tragen sind (auch wenn die Kosten ursprünglich den Bundesländern angefallen sind). Darüber hinaus können zusätzliche Sonderregelungen zur Übernahme der im Zusammenhang mit der Pandemiebewältigung entstandenen Kosten durch den Bund geschaffen werden. Dies erfolgte beispielsweise bei der COVID-19-Pandemie mit einem eigenen COVID-19-Zweckzuschussgesetz.

1.1.2 Internationale Rechtsgrundlagen

Zur Koordinierung von Maßnahmen, die als Reaktion auf Krankheitsausbrüche mit großer geografischer Ausbreitung und (möglicher) internationaler Grenzüberschreitung getroffen werden, kommen verschiedene Vorschriften der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Europäischen Union (EU) zur Anwendung. Letztere wurden größtenteils anlässlich der COVID-19-Pandemie erlassen. Die Vorschriften betreffen beispielsweise Meldeverpflichtungen, Regelungen für die Zusammenarbeit im Bereich der Surveillance, Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten, die Abstimmung von Maßnahmen sowie Möglichkeiten für gemeinsame Beschaffungen im Pandemiefall.

Die wichtigsten dieser Vorschriften sind:

- Internationale Gesundheitsvorschriften der WHO 2005 (IHR)
- Verordnung (EU) 2022/2371 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. November 2022 zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren und zur Aufhebung des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU
- Verordnung (EU) 2022/123 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Januar 2022 zu einer verstärkten Rolle der Europäischen Arzneimittel-Agentur bei der Krisenvorsorge und -bewältigung in Bezug auf Arzneimittel und Medizinprodukte
- Verordnung (EU) 2022/2370 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. November 2022 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 853/2004 zur Errichtung eines Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten
- Verordnung (EU) 2022/2372 des Rates vom 24. Oktober 2022 über einen Rahmen zur Gewährleistung der Bereitstellung von krisenrelevanten medizinischen Gegenmaßnahmen im Falle einer gesundheitlichen Notlage auf Unionsebene

1.1.3 Anzeigepflicht

Gemäß EpiG besteht für bestimmte Krankheiten eine Anzeigepflicht jeder Erkrankung, jedes Sterbefalls und bei bestimmten Krankheiten auch jedes Verdachts einer Erkrankung. Diese Anzeigepflicht ist Voraussetzung für das Setzen von gesundheitsbehördlichen Maßnahmen nach dem EpiG, wie etwa der Absonderung, der Umgebungsuntersuchung oder der Kontaktpersonennachverfolgung. Die angezeigten Fälle sind gemäß EpiG im Register anzeigepflichtiger Krankheiten zu erfassen, wodurch eine fallbasierte Überwachung des Infektionsgeschehens ermöglicht wird.

Sofern es aus epidemiologischen Gründen gerechtfertigt ist, sind gemäß EpiG durch Verordnung weitere übertragbare Krankheiten anzeigepflichtig zu machen. So wurde etwa bereits im Jänner 2020 SARS-CoV-2 anzeigepflichtig gemacht, also lange bevor in Österreich die erste Infektion mit SARS-CoV-2 aufgetreten ist.

1.1.4 Internationale Meldeverpflichtungen

Gemäß IHR der WHO haben Staaten im eigenen Hoheitsgebiet auftretende Ereignisse im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu bewerten und erforderlichenfalls eine entsprechende Meldung innerhalb von 24 Stunden an die WHO zu veranlassen. Eine entsprechende Verpflichtung besteht gemäß Verordnung (EU) 2022/2371 auch auf europäischer Ebene.

1.2 Relevante Behörden und Institutionen

Neben dem BMSGPK gibt es zahlreiche weitere nationale und internationale Behörden und Institutionen, die relevante Aufgaben im Rahmen des Pandemiemanagements wahrnehmen. Die wesentlichsten davon sind:

- Andere Bundesministerien (inkl. nachgeordneter Dienststellen)
- Landesregierungen, insbesondere die Landeshauptleute und Landesgesundheitsreferent:innen
- Ämter der Landesregierung, insbesondere die Landessanitätsdirektionen (LSD)
- BVB
- Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES)
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)
- Europäische Kommission (EK), insbesondere DG SANTE und DG HERA
- Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)
- Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA)
- WHO

Von den anderen Bundesministerien kommt dem Bundesministerium für Landesverteidigung (BMLV) im Bereich der Logistik, dem Bundesministerium für Inneres (BMI) als Unterstützung bei diversen gesundheitsbehördlichen Kontrollmaßnahmen sowie dem Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie (BMK) im Bereich der Einreisebestimmungen eine besondere Bedeutung zu. Die konkreten Aufgaben der oben angeführten Behörden und Institutionen werden erforderlichenfalls in den jeweiligen Kapiteln dargelegt.

1.3 Gremien auf nationaler Ebene

Um ein koordiniertes Vorgehen der in das Pandemiemanagement eingebundenen Behörden, Institutionen und Fachexpert:innen zu ermöglichen, ist eine Abstimmung in einschlägigen Gremien unerlässlich. In den folgenden Kapiteln werden die wesentlichsten dauerhaft eingerichteten Gremien angeführt und beschrieben.

Im Pandemiefall kann es erforderlich sein, zusätzliche themenspezifische Gremien oder Arbeitsgruppen einzurichten. So wurden während der COVID-19-Pandemie beispielsweise das COVID-Prognose-Konsortium, die Corona-Kommission und die Gesamtstaatliche COVID-Krisenkoordination (GECKO) eingerichtet. Näheres zu diesen Gremien ist in Kapitel 3 zu finden.

1.3.1 Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement

Das Staatliche Krisen- und Katastrophenschutzmanagement (SKKM) ist im BMI angesiedelt. Das SKKM ist ein Kooperations- und Koordinierungsgremium, in dem Bundesministerien, die Bundesländer sowie Einsatzorganisationen vertreten sind. Bei Bedarf werden auch Vertreter:innen aus anderen Bereichen (z.B. Medien oder einschlägigen Fachorganisationen) eingebunden. Bei Krisen- und Katastrophensituationen ist es Aufgabe des SKKM, die Zusammenarbeit aller zuständigen Stellen des Bundes und der Länder sowie der Einsatzorganisationen sicherzustellen.

1.3.2 Konferenz den Landessanitätsdirektionen

Da die Vollziehung in Zusammenhang mit der Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in mittelbarer Bundesverwaltung erfolgt, ist eine enge Abstimmung zwischen dem BMSGPK und den LSDs der Ämter der Landesregierungen von zentraler Bedeutung. Das für die Abstimmung einberufene Gremium (LSD-Konferenz) setzt sich aus Mitarbeiter:innen dieser Behörden zusammen und dient vornehmlich dem Austausch von Informationen und Erfahrungen sowie der Klärung von Fragestellungen des Vollzuges. Bei spezifischen fachlichen Fragestellungen werden Expert:innen, etwa aus der AGES, den Referenzzentralen oder den Universitäten, hinzugezogen.

1.3.3 Konferenz der Landesgesundheitsreferent:innen

Ähnlich den LSD-Konferenzen erfolgt auch ein regelmäßiger Austausch zwischen dem BMSGPK und den Landesgesundheitsreferent:innen (LGR-Konferenz). Diese Konferenzen dienen der Abstimmung von gesundheitspolitischen Angelegenheiten, unter anderem auch der Festlegung von Strategien hinsichtlich der öffentlichen Gesundheit. Die LGR-Konferenzen finden routinemäßig zweimal im Jahr sowie bei Bedarf statt.

Während der COVID-19-Pandemie haben bis Februar 2022 alle ein bis zwei Wochen Abstimmungen zum Pandemiemanagement zwischen dem BMSGPK und den Landesgesundheitsreferent:innen stattgefunden, danach nur noch monatlich.

1.3.4 Oberster Sanitätsrat

Der Oberste Sanitätsrat (OSR) ist das wichtigste Beratungsgremium des BMSGPK zu Fragestellungen und Angelegenheiten des Gesundheitswesens. Er besteht aus ehrenamtlich tätigen Expert:innen aus verschiedenen Fachbereichen. Der OSR erstellt Empfehlungen, die als fachliche Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen dienen sollen. Im Bedarfsfall wird der OSR um weitere Expert:innen ergänzt bzw. werden thematische Arbeitsgruppen eingerichtet.

Während der COVID-19-Pandemie wurde beim OSR der Fachausschuss „Therapieboard“ eingerichtet, der sich mit Einschätzungen zu COVID-19-spezifischen Arzneimitteln befasste. Weiters wurde die Arbeitsgruppe „Postvirale/postinfektiöse Syndrome“ eingerichtet, die sich mit Fragestellungen rund um Long COVID und andere postvirale/postinfektiöse Erkrankungen beschäftigt. Letztere wird auch nach Ende der COVID-19-Pandemie weitergeführt.

1.3.5 Nationales Impfgremium

Das Nationale Impfgremium (NIG) ist ein beratendes Gremium des BMSGPK, dessen Aufgabenbereich alle das Impfen betreffenden wissenschaftlichen und klinischen Fragestellungen umfasst. Es besteht aus ehrenamtlich tätigen Expert:innen aus allen fachlich relevanten Bereichen. Zu den Aufgaben des NIG zählen vor allem die Erstellung des Impfplanes, Stellungnahmen zu impfpräventablen Krankheiten, die Bewertung von Kosten/Nutzen/Risiko-Analysen in Zusammenhang mit Impfempfehlungen sowie die Beurteilung der Effektivität und Sicherheit von Impfungen.

Während der COVID-19-Pandemie war die wesentlichste Aufgabe des NIG, Empfehlungen betreffend COVID-19-Impfungen unter Berücksichtigung der Eigenschaften der verfügbaren Impfstoffe und der jeweils herrschenden epidemiologischen Lage auszusprechen.

1.4 Zusammenarbeit auf europäischer und internationaler Ebene

Auf europäischer und internationaler Ebene erfolgt ein umfassender – teilweise verpflichtender – Informationsaustausch zur Früherkennung und Überwachung von Infektionskrankheiten, zur Bewertung der epidemiologischen Lage sowie zur Koordination und Planung von Maßnahmen zur Eindämmung einer Pandemie.

Für den schnellen Austausch von epidemiologischen Informationen unterhalten die WHO mit der Event Information Site (EIS) und die EK mit dem Early Warning and Response System (EWRS) technische Frühwarn- und Reaktionssysteme, die von den beteiligten Staaten sowie den internationalen Institutionen genutzt werden. Das BMSGPK fungiert in diesem Zusammenhang als Anlaufstelle für die WHO (National Focal Point IHR Austria), die EK (insbesondere DG SANTE und DG HERA) sowie das ECDC und die EMA. Das EWRS kann weiters auch für die grenzüberschreitende Kontaktpersonennachverfolgung genutzt werden, da über diese Plattform Personendaten gesichert ausgetauscht werden können. Die operative Betreuung des EWRS erfolgt durch die AGES im Auftrag des BMSGPK.

Zur Koordinierung auf europäischer und internationaler Ebene gibt es verschiedene Gremien und technische Arbeitsgruppen, die situationsabhängig und mit unterschiedlicher Frequenz tagen. Die wesentlichsten davon sind nachfolgend kurz beschrieben. Daneben können auch weitere Strukturen eine Rolle im Krisenmanagement bzw. im Rahmen der Vorbereitungsphase einnehmen, wie etwa das Standing Committee on Health Emergency Prevention, Preparedness and Response (SCHEPPR) der WHO oder thematische Arbeitsgruppen des ECDC und der EMA.

1.4.1 Health Security Committee

Für die behördliche Zusammenarbeit auf Unionsebene steht der bei der EK angesiedelte ständige Gesundheitssicherheitsausschuss (Health Security Committee – HSC) zur Verfügung. Das HSC dient zum einen dem Austausch von Informationen, zum anderen der Koordinierung von Präventions- und Vorbereitungsmaßnahmen sowie von Reaktionen auf schwerwiegende grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren (inklusive der Annahme von Leitlinien hinsichtlich spezifischer Reaktionsmaßnahmen). Österreich ist im HSC durch Mitarbeiter:innen der zuständigen Fachabteilungen des BMSGPK vertreten.

Das HSC tagt routinemäßig ein bis zwei Mal im Monat. Während der COVID-19-Pandemie haben die Sitzungen wesentlich häufiger stattgefunden.

1.4.2 HERA Board

Die Aktivitäten im Bereich der Krisenvorsorge, der Überwachung von Angebot und Nachfrage sowie der Förderung von Forschung und Entwicklung in Zusammenhang mit medizinischen Gegenmaßnahmen (Schutzausrüstung, Arzneimittel, Impfstoffe, Medizinprodukte etc.) werden im Rahmen des HERA Boards koordiniert, das sich aus hochrangigen Vertreter:innen der Mitgliedstaaten und der EK zusammensetzt. Österreich ist im HERA Board durch die Generaldirektorin für die öffentliche Gesundheit (Chief Medical Officer – CMO) vertreten.

1.4.3 Health Crisis Board

Im Krisenfall kann die EK einen Gesundheitskrisenstab (Health Crisis Board – HCB) für krisenrelevante medizinische Gegenmaßnahmen einrichten. Das HCB soll die Bereitstellung dieser Gegenmaßnahmen und einen raschen Zugang dazu sicherstellen bzw. den Prozess der Beschaffung und Verteilung unterstützen. Es soll sich aus hochrangigen Vertreter:innen der EK und der Mitgliedstaaten mit umfassenden Entscheidungsbefugnissen zusammensetzen, um eine rasche und koordinierte Reaktion und Vorgangsweise sicherstellen zu können.

1.4.4 Integrierte Regelung für die politische Reaktion auf Krisen

Die Integrierte Regelung für die politische Reaktion auf Krisen (IPCR) unterstützt schnelle und koordinierte politische Entscheidungen auf EU-Ebene im Falle schwerer und komplexer Krisen. Mit Hilfe dieses Mechanismus koordiniert der jeweilige Ratsvorsitz die politische Reaktion auf eine Krise, indem er die EU-Institutionen, die betroffenen Mitgliedstaaten sowie andere wichtige Akteure zusammenbringt.

Der IPCR-Mechanismus unterstützt die EU-Institutionen, indem er ihnen praktische Instrumente zur Verfügung stellt, um für einen effizienten Informationsaustausch zu sorgen, die Zusammenarbeit zu erleichtern und die Krisenreaktion auf politischer Ebene zu koordinieren.

Wegen der COVID-19-Pandemie wurde bereits im März 2020 der IPCR-Mechanismus im Vollmodus aktiviert. Nach der Entspannung der COVID-19-Situation wurde der Mechanismus im Mai 2023 auf Überwachungsmodus herabgestuft.

2 Vorbereitungsphase

In dieser Phase werden Vorbereitungen auf eine mögliche Pandemie getroffen. Neben der Schaffung geeigneter Krisenstrukturen, rechtlicher Grundlagen und Kapazitäten sowie der Abhaltung von regelmäßigen Übungen erfolgt in der Vorbereitungsphase eine ständige Evaluierung der Vorbereitungen und erforderlichenfalls Adaptierung der einzelnen Vorbereitungsmaßnahmen. In den folgenden Kapiteln wird auf die Maßnahmen in dieser Phase eingegangen.

2.1 Krisenstab im BMSGPK

Im Fall einer Pandemie wird im BMSGPK ein Krisenstab eingerichtet, der im Wesentlichen die Aufgaben des BMSGPK in Zusammenhang mit der Pandemie wahrnimmt.

In der Vorbereitungsphase wird insbesondere Folgendes festgelegt:

- Aufbau eines Krisenstabes
- Verhältnis des Krisenstabes zur Regelstruktur des BMSGPK einschließlich der Weisungsbefugnisse
- Zuständigkeiten, Aufgabenteilung und Zusammenarbeit mit AGES und GÖG im Krisenfall
- Verhältnis des Krisenstabes zum SKKM und zu den Krisenstäben der Länder
- Verhältnis zu internationalen Koordinierungsstrukturen und deren Besetzung
- Musterprozesse und Checklisten für Krisen-spezifische Aufgaben
- Personalrekrutierung im Krisenfall

Im Fall einer Pandemie wird für den Krisenstab eine entsprechende Infrastruktur benötigt (geeignete Räumlichkeiten, IT-Ausstattung etc.). In der Vorbereitungsphase werden Maßnahmen gesetzt, um im Krisenfall umgehend eine solche Infrastruktur aufbauen zu können.

2.2 Schaffung und Evaluierung von rechtlichen Grundlagen

Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass vor allem das EpiG nicht immer den Erfordernissen zur Bekämpfung der Pandemie gerecht geworden ist. Daher musste dieses Gesetz während der Pandemie relativ oft novelliert werden, um den jeweiligen Erfordernissen zu entsprechen.

Um künftig besser für Pandemien gerüstet zu sein, wird vom BMSGPK ein neues Epidemierecht erarbeitet. Dabei werden vor allem die während der COVID-19-Pandemie gemachten Erfahrungen sowie neue wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt. Weiters werden dabei internationale Standards und Vorschriften (z.B. Bestimmungen der IHR) rechtlich verankert.

Gleichermaßen werden die einschlägigen Bestimmungen in anderen Gesetzen – beispielsweise durch entsprechende Verordnungsermächtigungen – an die bei der COVID-19-Pandemie gemachten Erfahrungen sowie neue wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst. Ziel ist es, in den Rechtsvorschriften einerseits die notwendige Flexibilität sowie Möglichkeiten für eine effektive Pandemiebekämpfung zu schaffen und andererseits den Datenschutz sowie den Schutz der weiteren Grund- und Freiheitsrechte zu gewährleisten.

Die geschaffenen Rechtsvorschriften werden regelmäßig unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse und Erfahrungen evaluiert und bei Bedarf entsprechend geändert.

2.3 IT-Infrastruktur und Datenerhebung

Das Vorhandensein einer entsprechend leistungsstarken IT-Infrastruktur und einer entsprechend umfassenden Datenbasis ist eine wesentliche Voraussetzung für ein erfolgreiches Pandemiemanagement.

Im Zuge der COVID-19-Pandemie hat sich gezeigt, dass das vorhandene EMS bei hohem Fallgeschehen an seine Kapazitätsgrenzen stößt. Um für künftige Pandemien gut gerüstet zu sein, wird ein neues Epidemiologisches Meldesystem (EMS 2.0) in enger Zusammenarbeit mit den Bundesländern entwickelt. Das EMS 2.0 soll über ausreichende Kapazitäten verfügen und ein einfaches und fehlerresistentes Arbeiten ermöglichen.

Voraussetzung für ein erfolgreiches Pandemiemanagement ist, dass dafür relevante Daten wie Spitalskapazitäten, Belagszahlen inkl. ICU-Belag, Todesfälle, Testungen, Daten zum Contact Tracing, Personalausfälle etc. möglichst genau und zeitnah zur Verfügung stehen. Dies war während der COVID-19-Pandemie teilweise nicht oder nur unzureichend der Fall. Um hier künftig besser gerüstet zu sein, werden die Datenmeldeschienen vereinheitlicht und die Bereitstellung bereits vorhandener Daten vorangetrieben.

Unter Sicherstellung des Datenschutzes sollen insbesondere Daten aus dem EMS, dem Krankenhausinformationssystem und dem Impfpass abgeglichen werden.

Aus der Analyse dieser anonymisierten bzw. pseudonymisierten Daten können dann unter anderem Rückschlüsse auf die Notwendigkeit und Wirksamkeit von verschiedenen Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung abgeleitet sowie ansonsten sehr zeitaufwendige Prozesse (z.B. Kontaktpersonennachverfolgung) stark beschleunigt werden.

Die Bundesländer und andere relevante Institutionen werden eigene IT-Systeme entwickeln (z.B. Systeme zum behördlichen Fallmanagement), die sie für ein erfolgreiches Pandemiemanagement benötigen. Teilweise müssen diese Systeme an die Systeme des Bundes angebunden werden. Das BMSGPK wird beim Aufbau und der Anbindung dieser IT-Systeme beratend und unterstützend mitwirken.

2.4 Epidemiologische Surveillance

Epidemiologische Surveillance ist die fortlaufende systematische Sammlung, Analyse und Bewertung von Gesundheitsdaten zum Zweck der Planung, Durchführung und Bewertung von Maßnahmen zur Krankheitsprävention und -bekämpfung.

Die routinemäßige Durchführung von Surveillance-Programmen bezüglich respiratorischer Krankheiten bzw. Erreger ist erforderlich, um insbesondere deren Verbreitung sowie gesundheitliche Auswirkungen frühzeitig erkennen zu können. Im Fall eines Ausbruchs liefern Surveillance-Programme über die Fallzahlen hinausgehende wesentliche Informationen, wie etwa die betroffenen Risikogruppen, den Verlauf von Erkrankungen oder die Auswirkungen einer Mutation des Erregers.

Das bestehende Surveillance-Programm für respiratorische Krankheiten bzw. Erreger orientiert sich an den diesbezüglichen Empfehlungen von ECDC und der WHO und besteht aus folgenden Komponenten:

- Stichprobenartige Überwachung von Patient:innen in der Primärversorgung, wodurch eine sensitive Detektion der Entwicklung der Krankheitslast durch respiratorische Erreger ermöglicht und ein Überblick über die verantwortlichen Erreger und Erreger-Subtypen erhalten wird. Dafür werden die Begriffe ARI (acute respiratory illness) / ILI (influenza-like illness) verwendet.
- Erfassung der aufgrund respiratorischer Symptome hospitalisierten Patient:innen, wodurch die Überwachung der Krankheitslast in Zusammenhang mit schweren Krankheitsverläufen ermöglicht wird. Dafür wird der Begriff SARI (severe acute respiratory infection) verwendet.
- Genomische Surveillance durch Sequenzierung von Proben.
Diese Komponente dient der Bestimmung der jeweils zirkulierenden

Virusvarianten, wobei unter anderem die Proben aus ARI/ILI und SARI verwendet werden.

- **Abwassermonitoring**

Untersuchung von Abwasserproben auf respiratorische Erreger, wodurch ein zeitnaher und regionaler Überblick über das jeweilige Infektionsgeschehen erhalten wird.

Das bestehende Surveillance-Programm deckt zwar alle erforderlichen Komponenten ab, doch bedürfen einzelne Komponenten eines weiteren Ausbaus bzw. einer Zusammenführung, um einen umfassenden Überblick über die epidemiologische Lage zu erhalten. Daher werden die betreffenden Komponenten entsprechend erweitert bzw. zusammengeführt, um alle für die Planung, Durchführung und Bewertung von Maßnahmen zur Krankheitsprävention und -bekämpfung erforderlichen Daten zeitnah und auf regionaler Ebene zur Verfügung zu haben.

2.5 Labor- und Testkapazitäten

Im Fall einer Pandemie besteht ein stark erhöhter Bedarf an Labor- und Testkapazitäten. Insbesondere aus finanziellen und organisatorischen Gründen ist es jedoch nicht möglich, entsprechende Kapazitäten vorzuhalten.

Um im Bedarfsfall möglichst rasch die benötigten Labor- und Testkapazitäten bereitstellen zu können, werden entsprechende Vorbereitungen getroffen. Dazu zählen etwa Vorbereitungen zur raschen Beschaffung von Testkits und das Schaffen von rechtlichen Grundlagen, um die Befugnis zur Durchführung von Untersuchungen rasch auf weitere Berufsgruppen oder die Kostentragung durch den Bund auf private Labore ausweiten zu können.

Während der COVID-19-Pandemie haben die AGES und viele andere Einrichtungen ihre Labor- und Testkapazitäten deutlich erweitert bzw. neue geschaffen. Um im Fall einer Pandemie bereits in der Anfangsphase entsprechend gerüstet zu sein, sollen die an der AGES geschaffenen Kapazitäten aufrechterhalten und in gewissen Bereichen weiter ausgebaut werden.

2.6 Vorbereitungen für Beschaffungen während einer Pandemie

Im Fall einer Pandemie kann die rasche Beschaffung von versorgungsrelevanten Produkten (medizinisches Material, Schutzausrüstung, Desinfektionsmittel, Impfstoffe, Arzneimittel etc.) erforderlich sein. Da dann auch mit einer größeren Nachfrage

sowie mit Unterbrechungen der Produktion oder Lieferketten zu rechnen ist, kann dies eine große Herausforderung darstellen. Die jeweiligen Bedarfsträger, die an sich für die Beschaffung zuständig sind, können dann möglicherweise die Versorgung nicht mehr sicherstellen. Der Bund wird daher entsprechende Vorbereitungen treffen, um im Bedarfsfall die rasche Beschaffung von versorgungsrelevanten Produkten sicherstellen zu können. Insbesondere folgende Vorbereitungen werden seitens des BMSGPK getroffen (erforderlichenfalls unter Einbeziehung anderer Ministerien):

- Festlegung der BMSGPK-internen Zuständigkeiten und Abläufe für Notbeschaffungen im Pandemiefall
- Planung und Vorbereitung von Lagerplätzen und Logistikstrukturen unter Einbeziehung anderer Ministerien und der Bundesländer
- Vorhalteverträge für Impfstoffe und andere Arzneimittel (ständige Evaluierung, für welche Produkte das sinnvoll ist)
- Regelmäßiger Austausch mit für Beschaffungen relevanten Institutionen (anderen Bundesministerien, Bundesbeschaffung GmbH etc.) über allfällige Lieferengpässe, Marktpreise etc. von versorgungsrelevanten Produkten

2.7 Krisenbevorratung

Die Verantwortung für die Beschaffung von versorgungsrelevanten Produkten liegt bei den jeweiligen Bedarfsträgern. Erfahrungsgemäß können durch eine Pandemie die Produktion solcher Produkte oder deren Lieferketten unterbrochen sein. Um dann trotzdem solche Produkte zur Verfügung zu haben, ist im Vorhinein für eine ausreichende Lagerhaltung zu sorgen.

In Zusammenarbeit mit dem BMLV wird das bestehende COVID-19-Lager in ein strategisches Bundeskrisenlager überführt. Hinsichtlich der Bevorratungsstrategie werden insbesondere auch die Empfehlungen der EK (DG HERA, UCPM/rescEU-Kapazitäten etc.) berücksichtigt.

2.8 Vorbereitungen für den Aufbau von Test- und Impfstrukturen

Im Fall einer Pandemie kann es erforderlich sein, großangelegte Test- oder Impfprogramme durchzuführen. Da nicht vorhersehbar ist, welche Testmethoden oder Impfstoffe erforderlich sein werden, kann die konkrete Umsetzung jedoch erst während der Pandemie erfolgen. Es können aber bereits in der Vorbereitungsphase Maßnahmen getroffen werden, um im Anlassfall bei Bedarf rasch geeignete Test- und Impfstrukturen aufbauen zu können.

Wegen der unterschiedlichen Gegebenheiten in den einzelnen Bundesländern ist es vernünftig, dass die Organisation und Durchführung von Test- und Impfprogrammen durch die Bundesländer erfolgt. Das BMSGPK übernimmt hier in Zusammenarbeit mit anderen Ministerien jedoch bereits in der Vorbereitungsphase Koordinations- und Unterstützungstätigkeiten. Dazu werden entsprechende Arbeitsgruppen eingerichtet, in denen die betroffenen Bundesministerien sowie die Test- bzw. Impfkoordinator:innen der Bundesländer vertreten sind. Die Aufgaben dieser Arbeitsgruppen sind insbesondere die Festlegung der zwischenbehördlichen Abläufe sowie die Planung der Logistik für Test- und Impfprogramme (Bedarf an Material, Personal, Räumlichkeiten etc.).

Während der COVID-19-Pandemie hat es regelmäßige Treffen der Test- bzw. Impfkoordinator:innen der Bundesländer und Mitarbeiter:innen des BMSGPK gegeben. Bei den Treffen zu den Impfanlässen waren auch Vertreter:innen des BMLV, dem hier eine wichtige Rolle im Bereich Impfstofflogistik zugekommen ist, dabei.

2.9 Steigerung der Gesundheitskompetenz

Eine hohe Gesundheitskompetenz der Bevölkerung kann einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion der Auswirkungen einer Pandemie liefern. Grundlegende Kenntnisse über Infektionskrankheiten, Übertragungswege, die Wirkungsweise von Schutzmaßnahmen etc. ermöglichen ein individuelles Verhalten, das die Ansteckungswahrscheinlichkeit stark reduziert. Weiters tragen solche Kenntnisse auch zu einem besseren Verständnis der behördlich getroffenen Maßnahmen bei.

Das BMSGPK wird Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung setzen, insbesondere hinsichtlich Infektionskrankheiten und Pandemien, etwa in Form von fachlichen Empfehlungen und Informationskampagnen. Dabei wird insbesondere auch auf Instrumente und Expertise der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz zurückgegriffen.

2.10 Risiko- und Krisenkommunikation

Kommunikation ist ein maßgeblicher Faktor für eine erfolgreiche Pandemiebekämpfung. So kann etwa durch gute Kommunikation die Akzeptanz von Schutzmaßnahmen in der Bevölkerung und damit ihre Wirksamkeit deutlich erhöht werden. Es besteht eine große Abhängigkeit zwischen der Kommunikation der gesetzten Maßnahmen und der Eindämmung des epidemiologischen Geschehens.

Zielsichere Krisenkommunikation muss also in jedem Themenfeld einer Pandemie mitgedacht werden – mit jeweils entsprechenden Zielgruppen, Kanälen und Maßnahmen. Weiters muss sie an die sich ständig ändernde pandemische Lage angepasst werden. Je länger eine Pandemie andauert, umso mehr muss auch die psychosoziale Verfassung der Bevölkerung in der Kommunikation berücksichtigt werden.

Das BMSGPK wird eine Risiko- und Krisenkommunikationsstrategie erarbeiten, um für kommende Pandemien besser gerüstet zu sein. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Themen Transparenz, Konsistenz und Zielgruppenorientierung gelegt. Weitere wichtige Themen sind:

- Rasche, umfassende und transparente Information, die frei von Widersprüchen ist
- Einfache, klare und verständliche Sprache
- Hinreichende Informationen in anderen Sprachen
- Faktenbasierte, konsistente, verlässliche und vertrauensfördernde Botschaften
- Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Gesellschaftsgruppen
- Berücksichtigung der psychosozialen Verfassung der Bevölkerung

2.11 Evaluierung und Übungen

Alle Vorbereitungsmaßnahmen werden laufend unter Berücksichtigung geänderter Rahmenbedingungen, internationaler Standards, neuer Erfahrungen und wissenschaftlicher Erkenntnisse etc. evaluiert und bei Bedarf entsprechend überarbeitet.

Um die Kompetenz des Personals im Pandemiemanagement sowie die Krisentauglichkeit der bestehenden Strukturen zu testen und zu erhalten, werden regelmäßig Übungen abgehalten. Die Erfahrungen aus den Übungen werden bei der Überarbeitung der Vorbereitungsmaßnahmen berücksichtigt.

3 Pandemische Phase

Eine pandemische Phase liegt vor, wenn ein globales Infektionsgeschehen mit einem hochansteckenden Erreger zu einer hohen Mortalität oder einer Gefährdung der öffentlichen Gesundheit führt oder führen kann und somit behördliches Handeln erforderlich macht. Behördliches Handeln kann aber bereits angebracht sein, noch bevor in Österreich Infektionen mit dem betreffenden Erreger registriert werden. Als Beispiel sei hier die Ausweitung der Anzeigepflicht nach dem EpiG auf die betreffende Krankheit bzw. den betreffenden Erreger genannt.

Ob ein Infektionsgeschehen in einem anderen Land das Potenzial hat, sich zu einer Pandemie zu entwickeln und damit auch Auswirkungen auf Österreich zu haben, ist schwierig zu beurteilen. Die Ausrufung einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite (PHEIC) durch die WHO oder die Feststellung einer gesundheitlichen Notlage auf Unionsebene durch die EK sind aber jedenfalls Anlass, sich auf eine unmittelbar bevorstehende Pandemie einzustellen und entsprechende Maßnahmen vorzubereiten bzw. zu setzen.

Im Folgenden werden das Vorgehen des BMSGPK und die einzelnen potenziellen Maßnahmen des Pandemiemanagements im Fall einer Pandemie beschrieben, wobei insbesondere die während der COVID-19-Pandemie gesetzten Maßnahmen berücksichtigt sind. Da der Verlauf einer Pandemie jedoch nicht vorhersehbar ist, werden vor allem die Maßnahmen unter Berücksichtigung der jeweiligen epidemiologischen Lage sowie gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Faktoren anzupassen sein.

3.1 Einrichtung von Krisenstrukturen im BMSGPK

Im Fall einer Pandemie wird im BMSGPK ein Krisenstab eingerichtet und die dafür notwendige Infrastruktur bereitgestellt. Abhängig von der epidemiologischen Lage und den sich daraus ergebenden Aufgaben werden erforderlichenfalls auch sektionsübergreifende Lenkungsorgane und sonstige Koordinierungsorgane eingerichtet.

Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden folgende Krisenstrukturen im BMSGPK eingerichtet:

- Corona-Krisenstab:
Gleich zu Beginn der Pandemie wurde durch eine Weisung des Bundesministers ein Krisenstab eingerichtet. In dieser Weisung wurden unter anderem die Zusammenarbeit des Krisenstabes mit internen und

externen Stellen sowie die Zuständigkeiten und die Organisation des Krisenstabes festgelegt. Im Laufe der Pandemie wurden die Aufgaben des Krisenstabes schrittweise wieder in die Regelstruktur überführt. Im April 2023 wurde die Überführung der Aufgaben abgeschlossen und der Krisenstab aufgelöst.

- **Lenkungsstab:**

Im Juli 2020 wurde ein Lenkungsstab zur Koordinierung aller mit der COVID-19-Pandemie zusammenhängenden Themen unter der Leitung der damaligen Generalsekretärin des BMSGPK eingesetzt. In diesem wöchentlich tagenden Lenkungsstab waren alle Sektionsleitungen des BMSGPK, die Einsatzleitung und weitere Funktionen des Krisenstabes sowie Mitarbeiter:innen des Büros des Bundesministers, der AGES und der GÖG vertreten. Mit der Auflösung des Krisenstabes im April 2023 wurde auch der Lenkungsstab aufgelöst.

- **Weitere Koordinierungsgremien:**

Von Beginn der COVID-19-Pandemie an fanden unter der Leitung des Bundesministers regelmäßige Koordinierungsbesprechungen zwischen der politischen und der Verwaltungsebene des BMSGPK in unterschiedlichen Formaten statt.

3.2 Einberufung der nationalen Gremien

Im Fall einer Pandemie werden zur Beratung der politischen Entscheidungsträger:innen und zur Abstimmung und Koordination der involvierten Institutionen folgende Gremien einberufen:

- SKKM
- LSD-Konferenz
- Abstimmungsrunden mit den Landesgesundheitsreferent:innen
- OSR
- NIG

In Kapitel 1.3 sind diese Gremien und deren Aufgaben beschrieben. Wie häufig die einzelnen Gremien zusammentreten, hängt im Wesentlichen von der epidemiologischen Lage und der sich daraus für das jeweilige Gremium ergebenden Aufgaben ab.

Während der COVID-19-Pandemie haben die Sitzungen des SKKM bis Juni 2021 täglich stattgefunden. Danach wurde die Sitzungsfrequenz schrittweise reduziert. Ende 2022 wurden die Sitzungen eingestellt, da kein Koordinierungsbedarf mehr bestanden hat.

Wegen des großen Abstimmungsbedarfes haben zu Beginn der COVID-19-Pandemie die LSD-Konferenzen nahezu täglich stattgefunden. Später waren dann wöchentliche Konferenzen üblich.

Während der COVID-19-Pandemie haben bis Februar 2022 alle ein bis zwei Wochen Abstimmungen zum Pandemiemanagement zwischen dem BMSGPK und den Landesgesundheitsreferent:innen stattgefunden, danach nur noch monatlich.

Die Sitzungen des OSR und des NIG haben während der COVID-19-Pandemie anlassbezogen stattgefunden. Vor allem das NIG hat deutlich häufiger getagt als dies vor der Pandemie der Fall war.

3.3 Einsetzen weiterer Gremien und Einbeziehen von Expert:innen

Auf Basis der während der COVID-19-Pandemie gemachten Erfahrungen werden im Fall einer Pandemie neben den in Kapitel 3.2 genannten Gremien folgende weitere Gremien umgehend eingesetzt:

- Prognosekonsortium zur regelmäßigen Erstellung einer Prognose über die Entwicklung des Fallgeschehens und der pandemiebedingten Hospitalisierungen sowie zur Modellierung der mittel- und längerfristigen Entwicklung von epidemiologischen Parametern
- Kommission zur regelmäßigen Einschätzung des aktuellen epidemiologischen Risikos
- BMSGPK-Bundesländer-Koordinationsrunden für Rechtsfragen, Beschaffung und Verteilung von Produkten, Krankenanstalten-Kapazitäten, Testungen, Impfungen etc.

Abhängig von der Entwicklung der Pandemie wird auch ein multidisziplinär zusammengesetzter Pandemiebeirat zur Beratung der Entscheidungsträger:innen eingesetzt. Aufgabe dieses Beirates ist es unter anderem, neben den gesundheitlichen auch die gesellschaftlichen, psychosozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen der Pandemie sowie der Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung zu evaluieren und auf Basis dieser Evaluierung Entscheidungsgrundlagen zu erstellen.

Bei der Einsetzung solcher Gremien ist jedoch zu beachten, dass das jeweilige Mandat klar definiert ist und keine Parallelstrukturen entstehen.

Zur Beratung des BMSGPK werden Expert:innen einbezogen, insbesondere aus AGES, GÖG, Referenzzentralen für respiratorische Erreger sowie einschlägigen wissenschaftlichen Institutionen.

Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden folgende Gremien eingerichtet:

- **COVID-Prognose-Konsortium:**
Im März 2020 wurde vom BMSGPK das COVID-Prognose-Konsortium eingesetzt, dessen Aufgabe die wöchentliche Erstellung einer Prognose über die Entwicklung des Fallgeschehens – später auch über die Entwicklung der Spitalsauslastung – war.
- **Corona-Kommission:**
Im August 2020 wurde die Corona-Kommission vom BMSGPK eingesetzt, deren primäre Aufgabe es war, wöchentlich eine evidenzbasierte Risikoeinschätzung der COVID-19-Lage in Österreich abzugeben. Die Einschätzungen samt Empfehlungen wurden auf der Website des BMSGPK veröffentlicht. Die Risikoeinschätzung basierte im Laufe der Pandemie auf unterschiedlichen Daten und Parametern, abhängig von wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Verfügbarkeit von Daten. Die jeweils angewandten Regeln für die Risikoeinschätzung wurden in konsentierten Manualen festgelegt.
- **Gesamtstaatliche COVID-Krisenkoordination (GECKO):**
Das multidisziplinär zusammengesetzte Expertinnen- und Expertengremium GECKO war von Dezember 2021 bis März 2023 tätig. Das Gremium war mit der Beratung der Bundesregierung auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zur COVID-19-Pandemie beauftragt. Die Einschätzungen und Stellungnahmen der GECKO-Mitglieder wurden in einem Executive Report zusammengefasst und auf der Website des Bundeskanzleramtes (BKA) veröffentlicht.

3.4 Gremien auf europäischer und internationaler Ebene

Folgende europäische und internationale Gremien werden im Fall einer Pandemie regelmäßig Sitzungen abhalten:

- HSC
- HERA Board
- HCB
- Weitere Gremien und Arbeitsgruppen der WHO und EU

Einige dieser Gremien und deren Aufgaben sowie die österreichische Vertretung darin sind in Kapitel 1.4 beschrieben. Wie häufig die einzelnen Gremien zusammentreten, hängt im Wesentlichen von der epidemiologischen Lage und der sich daraus für das jeweilige Gremium ergebenden Aufgaben ab. So gab es während der COVID-19-Pandemie nahezu wöchentliche Sitzungen des HSC.

3.5 Diagnostik

Im Fall einer Pandemie ist der Einsatz entsprechender Diagnoseverfahren erforderlich, um bei Vorliegen von respiratorischen Symptomen zu klären, ob der betreffende Erreger die Ursache dafür ist. Gegebenenfalls können dann Maßnahmen zur Eindämmung der Verbreitung der Krankheit (Kontaktpersonennachverfolgung, Absonderung bzw. Verkehrsbeschränkung) gesetzt sowie eine gezielte Behandlung der Erkrankten eingeleitet werden. Das BMSGPK wird im Fall einer Pandemie möglichst dafür sorgen, dass ausreichende Diagnosekapazitäten für symptomatische Personen zur Verfügung stehen.

Im Fall des Auftretens eines neuen Erregers müssen zunächst geeignete Nachweisverfahren entwickelt werden. Sobald es Hinweise auf einen Erreger mit pandemischem Potenzial gibt, wird das BMSGPK dafür sorgen, dass geeignete Nachweisverfahren in Österreich in ausreichendem Ausmaß verfügbar sind.

3.6 Erfassung, Darstellung und Beurteilung der epidemiologischen Lage

Für ein erfolgreiches Pandemiemanagement ist die Erfassung und Darstellung der epidemiologischen Lage in einem aussagekräftigen Lagebild unerlässlich. Die epidemiologische Lage wird durch zahlreiche Parameter wie Zahl an Neuinfektionen, Todesfällen und Hospitalisierungen, dominierende Virusvariante, Immunstatus der Bevölkerung, Durchimpfungsraten etc. beschrieben. Diese Informationen sind zum Teil in elektronischen Registern, wie dem EMS oder dem Impfpass, vorhanden, zum Teil müssen sie durch entsprechende Untersuchungen und Erhebungen regelmäßig ermittelt werden.

Die Erfassung und Darstellung der epidemiologischen Lage ist grundsätzlich Aufgabe des Krisenstabes des BMSGPK. Es können dabei jedoch auch andere Institutionen, insbesondere die AGES und die GÖG, einbezogen werden. Hinsichtlich Datenerhebung kommt auch den Bundesländern eine bedeutende Rolle zu.

Anhand des Lagebildes wird die epidemiologische Lage durch das BMSGPK beurteilt, wobei erforderlichenfalls geeignete Institutionen (insb. AGES) und einschlägige Expert:innen beratend beigezogen werden. Diese Beurteilung, die Prognose- und Modellierungsergebnisse über die Entwicklung der Pandemie sowie die Empfehlungen der diversen Beratungsgremien bilden dann zusammen mit anderen Faktoren (gesellschaftliche, psychosoziale, wirtschaftliche etc.) die Grundlage für die Festlegung von Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie.

3.7 Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie

Wie praktisch alle Maßnahmen zur Krisenbewältigung haben auch Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie neben den positiven Auswirkungen zumeist auch unerwünschte gesellschaftliche, psychosoziale und wirtschaftliche Auswirkungen. Daher ist immer eine sorgfältige Nutzen-Schaden-Abwägung durchzuführen, bevor solche Maßnahmen empfohlen oder gesetzt werden. Eine Maßnahme ist nur dann gerechtfertigt, wenn diese Abwägung ergibt, dass der erwartete Nutzen der Maßnahme für einzelne Personen oder die Gesellschaft die mit der Maßnahme verbundenen unerwünschten Auswirkungen überwiegt.

Die Bekämpfung der Pandemie erfordert oft das rasche Setzen von Maßnahmen, deren positive und negative Auswirkungen jedoch noch nicht vollständig abschätzbar sind. Die Nutzen-Schaden-Abwägung führt dann oft zu wenig eindeutigen Ergebnissen. Daher sind in solchen Fällen die Auswirkungen der Maßnahme laufend zu beobachten und bei neuen Erkenntnissen ist eine neuerliche Nutzen-Schaden-Abwägung durchzuführen. Auch wenn die Abwägung einen eindeutigen Nutzen ergibt, hat bei längerfristigen und stark einschränkenden Maßnahmen in angemessenen Zeitabständen eine neuerliche Nutzen-Schaden-Abwägung zu erfolgen.

Alle Maßnahmen sollten – sofern die Eigenschaften des Erregers sowie die epidemiologische Lage dies zulassen – möglichst einfach, praktikabel und nachvollziehbar sein. Dies gilt insbesondere für Maßnahmen, die die Allgemeinbevölkerung betreffen. Denn nur so kann eine ausreichende Akzeptanz bei der Bevölkerung und damit hohe Wirksamkeit der Maßnahmen erzielt werden. Sind allerdings komplexe Maßnahmen erforderlich, sollte durch gute Kommunikation und möglichst einfache Erklärung für Verständnis gesorgt werden. Eine Änderung von Maßnahmen sollte nur erfolgen, wenn dies aufgrund einer neuen epidemiologischen Lage oder des Ergebnisses einer neuerlichen Nutzen-Schaden-Abwägung gerechtfertigt ist.

In den folgenden Kapiteln wird auf einige sehr wesentliche Maßnahmen zur Bekämpfung einer Pandemie mit einem respiratorischen Erreger eingegangen. Da eine Pandemie mit einem respiratorischen Erreger hinsichtlich Ausbreitungsgeschwindigkeit, Schweregrad, betroffene Altersgruppen etc. nicht vorhersehbar ist, ist auch die Wirksamkeit dieser Maßnahmen nach heutigem Wissensstand nicht genau abschätzbar. Im Fall einer Pandemie werden daher Anpassungen und Konkretisierungen dieser Maßnahmen notwendig sein.

Weiters wird in den folgenden Kapiteln auf die mit diesen Maßnahmen im Zuge der COVID-19-Pandemie gemachten Erfahrungen eingegangen. Diese Erfahrungen werden bei der Maßnahmensetzung und -ausgestaltung im Fall einer Pandemie berücksichtigt, um unerwünschte Auswirkungen von Maßnahmen möglichst gering zu halten.

3.7.1 Instrumente zur Maßnahmensetzung

Das BMSGPK hat verschiedene Möglichkeiten, um bei einer Pandemie Maßnahmen zu setzen. Die drei wesentlichsten sind Empfehlungen, Erlässe an die Landeshauptleute und Verordnungen.

3.7.1.1 Empfehlungen

Empfehlungen des BMSGPK sind nicht bindend. Sie können an beliebige Adressat:innen gerichtet und entsprechend inhaltlich ausgestaltet werden. Empfehlungen können etwa an bestimmte Zielgruppen (z.B. vulnerable Personen, bestimmte Unternehmen) oder auch an die gesamte Bevölkerung gegeben werden. Solche Empfehlungen beinhalten üblicherweise Anleitungen, wie man sich und andere bei einer Pandemie am besten schützen kann.

Weiters können sich Empfehlungen des BMSGPK an die Gesundheitsbehörden oder bestimmte Berufsgruppen (z.B. medizinisches Personal) richten. Damit werden in der Regel Handlungsempfehlungen für bestimmte Tätigkeiten gegeben (z.B. für die Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung). Diese Empfehlungen basieren meist auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft und haben daher für die Adressat:innen eine gewisse Verbindlichkeit.

3.7.1.2 Erlässe an die Landeshauptleute

Im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung kann der Bundesminister Erlässe an die Landeshauptleute richten. Bei Erlässen handelt es sich um generelle Weisungen an die Landeshauptleute, die verpflichtend einzuhalten sind. Mit Erlässen wird zu- meist für bestimmte Angelegenheiten festgelegt, wie die Gesundheitsbehörden der Bundesländer in diesen vorzugehen haben. Damit wird auch ein einheitliches Vorgehen dieser Behörden sichergestellt.

Erlässe haben keine direkte Außenwirkung, sondern sind behördeninterne Anweisungen. Durch behördliches Handeln, etwa durch die Ausstellung von Bescheiden oder das Erlassen von Verordnungen, können die Inhalte der Weisungen jedoch eine Außenwirkung entfalten.

3.7.1.3 Verordnungen

Sofern eine gesetzliche Grundlage dafür gegeben ist, kann der Bundesminister zur Regelung bestimmter Sachverhalte Verordnungen erlassen. Eine Verordnung ist eine generelle (d.h. sie richtet sich an eine Vielzahl von Personen) und abstrakte (d.h. sie erfasst eine Vielzahl von Sachverhalten) Rechtsnorm. Verordnungen sind von den Adressat:innen verpflichtend einzuhalten. Eine Nichtbefolgung hat in der Regel rechtliche Konsequenzen, wie beispielsweise die Zahlung einer Verwaltungsstrafe.

3.7.2 Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung

Testen, Nachverfolgen und Absondern (Test, Trace, Isolate - TTI) sind wesentliche Maßnahmen zur Bekämpfung einer Pandemie. Je schneller bei symptomatischen Personen das Testergebnis vorliegt und je schneller bei positivem Ergebnis die Nachverfolgung der Kontaktpersonen (Contact Tracing) sowie deren Absonderung erfolgen, desto früher können Infektionsketten unterbrochen und damit die Weiterverbreitung der Krankheit eingedämmt werden.

In der Frühphase einer Pandemie ist die Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung eine sinnvolle Maßnahme, um lokale Ausbrüche zu begrenzen und die Ausbreitung des Erregers zu verzögern. Damit kann wertvolle Zeit gewonnen werden, in der weitere Informationen über den Erreger und die Krankheit gesammelt sowie gezielte Vorbereitungen zur Pandemiebewältigung getroffen werden können. Bei hohen Fallzahlen sind der Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung jedoch Grenzen gesetzt, die ihre Wirksamkeit stark reduzieren können.

Die Absonderung von positiv getesteten Personen und Kontaktpersonen ist ein starker Grundrechtseingriff, weshalb sie nur im Einzelfall per Bescheid erfolgt. Die Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung und anschließende Bescheiderstellung sind sehr zeitintensive Tätigkeiten. Bei hohen Fallzahlen ist daher auch bei großen personellen Ressourcen nicht mehr sichergestellt, dass Absonderungen rechtzeitig erfolgen, um den erwünschten Eindämmungseffekt zu erzielen. Wie rasch Absonderungen erfolgen müssen, um noch einen eindämmenden Effekt zu haben, hängt unter anderem auch von den Eigenschaften der jeweiligen Erregervariante ab (Infektiosität, Inkubationszeit, serielles Intervall etc.).

Wegen dieser sehr komplexen Zusammenhänge kann nicht eindeutig festgelegt werden, ab welchen Fallzahlen die Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung ihre eindämmende Wirkung verliert. Bei hohen Fallzahlen werden daher anstatt der Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung und Absonderung per Bescheid andere Maßnahmen zur Eindämmung der Verbreitung gesetzt. Insbesondere kommt dafür eine per Verordnung festgelegte Verkehrsbeschränkung (siehe Kapitel 3.7.3) infrage, da diese unmittelbar nach Vorliegen eines positiven Testergebnisses ohne behördliches Handeln schlagend wird.

Während der COVID-19-Pandemie wurden den Behörden große personelle und infrastrukturelle Ressourcen für die Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung sowie Bescheiderstellung zur Verfügung gestellt, was sehr hohe Kosten verursacht hat. Trotzdem war bei hohen Fallzahlen diese Aufgabe nicht mehr vollumfänglich bewältigbar, weshalb diese Maßnahme deutlich an Wirksamkeit eingebüßt hat.

Um die Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung möglichst lange wirksam zu halten, können vor allem folgende Maßnahmen getroffen werden:

- Möglichst einfache Definition von Kontaktpersonen
- Implementieren von Online-Fragebögen zur Entlastung der Gesundheitsbehörden
- Abgleich von EMS- und Impfpass-Daten, wodurch weniger manuelle Recherchearbeit anfällt

3.7.3 Verkehrsbeschränkungen

Gemäß EpiG können kranke, krankheitsverdächtige oder ansteckungsverdächtige Personen verkehrsbeschränkt werden. Durch eine Verkehrsbeschränkung kann beispielsweise das Betreten von bestimmten Orten, die Benutzung von Verkehrsmitteln sowie die Teilnahme an Zusammenkünften untersagt oder an Voraussetzungen und Auflagen geknüpft werden. Voraussetzungen sind insbesondere bestimmte Arten oder Zwecke der Nutzung von Orten und Verkehrsmitteln, als Auflagen kommen insbesondere das Erfordernis eines Nachweises über eine lediglich geringe epidemiologische Gefahr sowie die Verpflichtung zum Tragen einer Maske und Abstandsregeln in Betracht.

Verkehrsbeschränkungen sind wie Absonderungen grundsätzlich per Bescheid im Einzelfall anzuordnen. Unter bestimmten Voraussetzungen können Verkehrsbeschränkungen jedoch durch Verordnung festgelegt werden. Voraussetzungen dafür sind, dass Art und Ausmaß der Krankheit keine Absonderung erfordern und die Verkehrsbeschränkungen erforderlich sind, um die Weiterverbreitung einer anzeigepflichtigen Krankheit zu verhindern.

Der Vorteil einer Verkehrsbeschränkung per Verordnung gegenüber einer Absonderung ist, dass sie unmittelbar nach Vorliegen eines positiven Testergebnisses ohne behördliches Handeln wirksam wird. Nachteilig ist, dass sie im Einzelfall eine Ansteckung weniger gut verhindert als eine Absonderung. Bei hohen Fallzahlen und den damit verbundenen zeitlichen Verzögerungen einer Absonderung können Verkehrsbeschränkungen per Verordnung jedoch gesamthaft betrachtet durchaus eine stärker eindämmende Wirkung haben als Absonderungen. Welches Vorgehen gewählt wird, ist unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage sowie gesellschaftlicher, psychosozialer und wirtschaftlicher Faktoren zu entscheiden.

Bei der COVID-19-Pandemie wurde im August 2022 für positiv getestete Personen eine Verkehrsbeschränkung per Verordnung eingeführt. Bis auf wenige Ausnahmen war für positiv getestete Personen das durchgehende Tragen einer Maske außerhalb des privaten Wohnbereichs verpflichtend. Weiters war ihnen das Betreten vulnerabler Bereiche (z.B. Alten- und Pflegeheime, Krankenanstalten) sowie von

Kindergärten, Kinderkrippen, Krabbelstuben und Primarschulen untersagt. Vom Betretungsverbot waren jedoch bestimmte Personengruppen ausgenommen, wie beispielsweise Mitarbeiter:innen, Bewohner:innen oder Patient:innen. Somit konnte etwa der Arbeit auch im Fall eines positiven Testergebnisses nachgegangen werden. Die Einführung der Verkehrsbeschränkung für positiv getestete Personen anstatt der Absonderung dieser Personen und ihrer Kontaktpersonen hat damals zu keinen negativen Auswirkungen auf das Pandemiegeschehen, wohl aber zu positiven Auswirkungen für die betroffenen Personen und die Arbeitsbelastung der Gesundheitsbehörden geführt.

3.7.4 Maskenpflicht

Das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes oder einer höherklassigen Schutzmaske (z.B. FFP2-Maske) ist eine wenig einschränkende, jedoch sehr wirksame Maßnahme zur Eindämmung der Weiterverbreitung der Krankheit. Sie dient sowohl dem Eigen- als auch dem Fremdschutz. Daher wird eine Maskenpflicht bereits in der Frühphase einer Pandemie angeordnet. In welchen Bereichen (Alten- und Pflegeheimen, medizinischen Einrichtungen, öffentlichen Verkehrsmitteln, Lebensmittelhandel etc.) sie eingeführt wird, hängt von der epidemiologischen Lage und deren voraussichtlicher Entwicklung ab. Bei ungünstiger epidemiologischer Lage bzw. wenn sich eine maßgebliche Verschlechterung der Lage abzeichnet, wird eine Maskenpflicht in allen öffentlich zugänglichen Innenräumen und Verkehrsmitteln angeordnet. In begründeten Fällen wird es jedoch Ausnahmen davon geben (z.B. Bildungseinrichtungen).

Während der COVID-19-Pandemie wurde das Tragen einer Maske fast durchgängig angeordnet, wenn auch nicht stets in allen Bereichen. In welchen Bereichen jeweils eine Maskenpflicht angeordnet wurde, war abhängig von der jeweiligen epidemiologischen Lage und deren voraussichtlicher Entwicklung. Am längsten und häufigsten erfolgte dies in vulnerablen Bereichen (Alten- und Pflegeheimen, medizinischen Einrichtungen etc.).

3.7.5 Nachweis über eine geringe epidemiologische Gefahr

Für das Betreten von bestimmten Orten, die Benutzung von Verkehrsmitteln, die Teilnahme an Zusammenkünften etc. kann die Pflicht zur Vorlage eines Nachweises über eine geringe epidemiologische Gefahr verordnet werden. Durch diese Maßnahme sollen die Ansteckungswahrscheinlichkeit sowie die Wahrscheinlichkeit eines schweren Krankheitsverlaufs im Fall einer Ansteckung reduziert und damit die epidemiologische Gefahr verringert werden. Weiters können dadurch Zusammentreffen ermöglicht werden, die sonst aufgrund der dabei entstehenden epidemiologischen Gefahr nicht tragbar wären (z.B. Nachtgastronomie, größere Zusammenkünfte).

In die Beurteilung der von einer Person ausgehenden epidemiologischen Gefahr werden insbesondere die Wahrscheinlichkeit einer bestehenden Infektion, die Wahrscheinlichkeit der Übertragung im Fall einer bestehenden Infektion sowie die Wahrscheinlichkeit eines schweren Krankheitsverlaufs im Fall einer Ansteckung miteinbezogen. Bei COVID-19 hat diese Beurteilung zumeist ergeben, dass von geimpften, genesenen oder getesteten Personen eine nur geringe epidemiologische Gefahr ausgeht. Darauf aufbauend wurden dann im Laufe der COVID-19-Pandemie unterschiedliche sogenannte „G-Regeln“ per Verordnung erlassen.

Abhängig von verschiedenen Parametern, wie insbesondere Wirksamkeit der Impfung, Immunität nach durchgemachter Infektion und Eigenschaften des Erregers, müssen diese G-Regeln unterschiedlich ausgestaltet werden. So ist etwa jeweils festzulegen, welche und wie viele Impfungen erforderlich sind und wie lange nach der letzten erforderlichen Impfung oder einer Genesung von einer geringen epidemiologischen Gefahr ausgegangen werden kann. Ebenfalls ist festzulegen, welche Testarten zulässig sind und wie lange ein negatives Testergebnis jeweils gültig ist.

Nachdem zu Beginn einer Pandemie Impfstoffe nicht bzw. nur in geringen Mengen verfügbar sein werden, die Anzahl an genesenen Personen gering sein wird und Testmöglichkeiten nur begrenzt zur Verfügung stehen werden, ist die Einführung von G-Regeln zu diesem Zeitpunkt nicht sinnvoll. Es wird also ausreichend Zeit vorhanden sein, unter Berücksichtigung aller maßgeblichen Faktoren (epidemiologische Lage, gesellschaftliche und wirtschaftliche Auswirkungen etc.) eine fundierte Entscheidung über eine allfällige Einführung von G-Regeln zu treffen.

Werden Impfungen oder Testungen als Nachweis über eine geringe epidemiologische Gefahr verlangt, wird jedenfalls dafür gesorgt, dass diese ausreichend und entsprechend niederschwellig zur Verfügung stehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein solcher Nachweis etwa auch für das Betreten des Arbeitsplatzes zu erbringen ist.

Die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie haben gezeigt, dass die G-Regeln mitunter rasch sehr komplex werden können. Zwecks Verständlichkeit der Regeln und Akzeptanz in der Bevölkerung gilt es, dies nach Möglichkeit zu vermeiden. Die G-Regeln sollten also einfach, nachvollziehbar und praktikabel ausgestaltet sein. Ebenfalls wichtig ist die Möglichkeit einer effizienten Kontrolle der Einhaltung der Regeln, etwa durch digitale Lösungen.

3.7.6 Betretungsverbote

Betretungsverbote dienen primär der Kontaktreduktion und tragen so zur Eindämmung der Weiterverbreitung der Krankheit bei. Sie sind eine sehr wirksame,

jedoch auch sehr einschränkende Maßnahme mit möglicherweise schweren negativen gesellschaftlichen, psychosozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen. Sie werden daher nur nach einer sorgfältigen Nutzen-Schaden-Abwägung und nur für Bereiche, in denen das aus epidemiologischer Sicht unerlässlich ist, angeordnet. Unter diesem Gesichtspunkt können allfällige Betretungsverbote auf vulnerable Bereiche (Alten- und Pflegeheime, medizinische Einrichtungen etc.) oder andere bestimmte Orte (z.B. Betriebsstätten, Arbeitsstätten, öffentliche Verkehrsmittel) beschränkt sein, aber auch öffentliche Orte in ihrer Gesamtheit betreffen.

Während der COVID-19-Pandemie wurden Betretungsverbote in unterschiedlichen Ausgestaltungen angeordnet. Vor allem zu Beginn der Pandemie waren diese teilweise sehr eng und ohne Ausnahmen, wodurch es zu individuellen Härtefällen (z.B. Besuchsverbote in Alten- und Pflegeheimen sowie Krankenanstalten) gekommen ist. In der Folge wurde darauf mit Hilfe von Härtefallklauseln entsprechend Rücksicht genommen.

3.7.7 Zusammenkünfte und Veranstaltungen

Zusammenkünfte von Personen aus verschiedenen Haushalten und Veranstaltungen können an die Einhaltung bestimmter Voraussetzungen oder Auflagen gebunden, in Bezug auf die Personenzahl beschränkt, einer Anzeige- oder Bewilligungspflicht unterworfen oder auf bestimmte Personen- oder Berufsgruppen eingeschränkt werden. Dies hat unter Berücksichtigung der jeweils herrschenden epidemiologischen Lage zu erfolgen.

Während der COVID-19-Pandemie wurden mitunter sehr komplexe und restriktive Regelungen für Zusammenkünfte und Veranstaltungen getroffen. Neben einer sorgfältigen Nutzen-Schaden-Abwägung wird künftig bei allfälligen Regelungen für Zusammenkünfte und Veranstaltungen daher auf möglichste Einfachheit und die Vermeidung von Härtefällen geachtet.

3.7.8 Ausgangsregelungen

Mit Ausgangsregelungen wird festgelegt, dass das Verlassen des eigenen privaten Wohnbereichs nur zu bestimmten Zwecken zulässig ist. Diese Zwecke sind insbesondere die Abwendung einer unmittelbaren Gefahr, Betreuungs- und Hilfeleistungen, die Deckung der notwendigen Grundbedürfnisse des täglichen Lebens, bestimmte berufliche Zwecke sowie der Aufenthalt im Freien zur körperlichen und psychischen Erholung.

Ausgangsregelungen dienen der Kontaktreduktion und sind eine sehr wirksame Maßnahme zur Eindämmung der Weiterverbreitung der Krankheit. Auf der anderen

Seite sind sie eine sehr einschneidende Maßnahme mit möglicherweise gravierenden negativen gesellschaftlichen, psychosozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen. Sie werden daher nur als Ultima Ratio nach einer sorgfältigen Nutzen-Schaden-Abwägung angeordnet und auf den kürzest möglichen Zeitraum begrenzt.

Während der COVID-19-Pandemie konnten Ausgangsregelungen angeordnet werden, sofern es zur Verhinderung der Verbreitung der Krankheit unerlässlich war, um einen drohenden Zusammenbruch der medizinischen Versorgung oder ähnlich gelagerte Notsituationen zu verhindern, und sonstige Maßnahmen dafür nicht ausgereicht haben.

3.7.9 Schließung von Lehranstalten

Gemäß EpiG kann die vollständige oder teilweise Schließung von Lehranstalten, Kindergärten und ähnlichen Anstalten im Falle des Auftretens einer anzeigepflichtigen Krankheit von der zuständigen Gesundheitsbehörde ausgesprochen werden. Von dieser Verfügung ist die zuständige Schulbehörde zu verständigen, welche die Schließung unverzüglich durchzuführen hat.

Während der COVID-19-Pandemie haben die Gesundheitsbehörden nur in Einzelfällen von dieser Maßnahme Gebrauch gemacht. Die österreichweiten Schulschließungen und sonstigen Maßnahmen im Schulbereich wurden vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) veranlasst.

Vor allem länger andauernde Schulschließungen haben für die betroffenen Kinder und Jugendlichen vielfältige negative Auswirkungen. Wie Ausgangsregelungen werden daher Schulschließungen nur als Ultima Ratio nach einer sorgfältigen Nutzen-Schaden-Abwägung angeordnet und auf den kürzest möglichen Zeitraum begrenzt. Das Gleiche gilt für Kindergärten und sonstige Kinderbetreuungseinrichtungen.

3.7.10 Verkehrsbeschränkungen gegenüber dem Ausland

Gemäß EpiG sind, sofern dies im Hinblick auf Art und Umfang des Auftretens einer meldepflichtigen Erkrankung zum Schutz vor deren Weiterverbreitung unbedingt erforderlich ist, für die Einreise oder die Beförderung von Menschen in das Bundesgebiet Verkehrsbeschränkungen anzuordnen. Verkehrsbeschränkungen sind insbesondere Voraussetzungen und Auflagen für die Einreise oder die Beförderung von Menschen in das Bundesgebiet wie das Vorliegen bestimmter Zwecke, das Erfordernis eines Nachweises über eine lediglich geringe epidemiologische Gefahr, das Antreten einer selbstüberwachten Heimquarantäne nach Einreise in das Bundesgebiet und die Erhebung von Namen, Kontaktdaten und Einreise- oder

Beförderungsdatum. Sofern diese Maßnahmen nicht ausreichen, kann auch die Einreise in das Bundesgebiet untersagt werden. Mit solchen Verkehrsbeschränkungen soll die Einschleppung von Infektionen aus dem Ausland verhindert bzw. verzögert werden.

Während der COVID-19-Pandemie hat es Verkehrsbeschränkungen gegenüber dem Ausland in verschiedenen Ausgestaltungen gegeben. Es zeigte sich aber, dass diese Beschränkungen zahlreiche Limitationen haben und in ihrer Wirksamkeit begrenzt sind. Verkehrsbeschränkungen gegenüber dem Ausland können in der Regel die Einschleppung der Krankheit nicht verhindern, sondern lediglich in einem gewissen Ausmaß verzögern. Daher wird unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage sowie gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Faktoren sorgfältig abgewogen, ob – und falls ja – welche Voraussetzungen und Auflagen dafür festgelegt werden.

3.7.11 Verkehrsbeschränkungen in Bezug auf Epidemiegebiete

Ähnlich wie Verkehrsbeschränkungen gegenüber dem Ausland sieht das EpiG auch solche in Bezug auf Epidemiegebiete innerhalb von Österreich vor, wobei hier auch Beschränkungen für das Betreten von Epidemiegebieten angeordnet werden können. Damit soll primär der Austrag von Infektionen bzw. Virusvarianten in andere Gebiete verhindert bzw. verzögert werden.

Während der COVID-19-Pandemie hat es einige Male Verkehrsbeschränkungen in Bezug auf Epidemiegebiete gegeben. Sie haben sich jeweils auf Gebiete mit hohen Inzidenzen oder solche, in denen neue Virusvarianten aufgetreten sind, bezogen.

Die Wirksamkeit von Verkehrsbeschränkungen hängt stark von den durchgeführten Kontrollen ab. Die Kontrollmöglichkeiten hängen wiederum von bestimmten Eigenschaften des betroffenen Gebietes ab. Handelt es sich dabei etwa um ein Tal mit wenigen Ausfahrtsstraßen, können wirksame Kontrollen mit vergleichsweise wenig Aufwand erfolgen. Anders verhält es sich, wenn es sich um eine Region mit vielen Ausfahrtsstraßen handelt. Vor einer allfälligen Anordnung von Verkehrsbeschränkungen in Bezug auf Epidemiegebiete wird daher in jedem Einzelfall sorgfältig geprüft, ob nicht andere Maßnahmen effizienter zur Eindämmung der Ausbreitung der Krankheit sind.

3.7.12 Testungen

Testungen haben bei einer Pandemie verschiedene Zielgruppen und unterschiedliche Zwecke. Die wesentlichsten davon sind:

- Testung von symptomatischen Personen, um zu klären, ob der betreffende Erreger die Ursache ist (siehe Kapitel 3.5), sodass gegebenenfalls

entsprechende Maßnahmen gesetzt werden können (Kontaktpersonennachverfolgung und Absonderungen bzw. Verkehrsbeschränkungen)

- Testung von Personen, die für das Betreten bestimmter Orte, die Benutzung von Verkehrsmitteln etc. ein negatives Testergebnis nachweisen müssen (siehe Kapitel 3.7.5), unter anderem um vulnerable Bereiche zu schützen
- Testung von asymptomatischen Personen, um allfällige Infektionen frühzeitig erkennen und entsprechende Maßnahmen setzen zu können (Kontaktpersonennachverfolgung und Absonderungen bzw. Verkehrsbeschränkungen)

Abhängig von der epidemiologischen Lage, insbesondere den Eigenschaften des Erregers, den Spezifikationen der zur Verfügung stehenden Tests sowie den rechtlichen Rahmenbedingungen (G-Regeln) wird eine passende Teststrategie festgelegt. Bei Änderungen der epidemiologischen Lage oder sonstigen Rahmenbedingungen wird die Strategie entsprechend angepasst.

In der Teststrategie werden die Zielsetzung und die jeweiligen Zielgruppen klar festgelegt. Hinsichtlich der Zielgruppen wird es Priorisierungen geben, um das Testregime möglichst effizient zu gestalten. Priorisiert werden könnten etwa Testungen in vulnerablen Bereichen. Die Testungen werden von den Bundesländern organisiert und durchgeführt (siehe Kapitel 2.8). Das BMSGPK wird dafür jedoch klare Vorgaben machen.

Während der COVID-19-Pandemie wurden in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern (mit Ausnahme von Zypern) sehr viele Testungen durchgeführt. Lange Zeit standen der Bevölkerung Testungen unbeschränkt und kostenlos zur Verfügung. Erst im April 2022 wurden bestimmte Beschränkungen hinsichtlich der Anzahl der Testungen eingeführt, wobei es jedoch zahlreiche Ausnahmen von diesen Beschränkungen gegeben hat. Die Kosten für die Testungen waren enorm, ihre Wirksamkeit ist jedoch nicht belegt. Denn ein Vergleich der epidemiologischen Daten (Inzidenzen, Hospitalisierungen, Todesfälle etc.) von Österreich und Zypern mit Ländern wie beispielsweise Deutschland, der Schweiz oder Belgien, die deutlich weniger getestet haben, zeigt keine wesentlichen Unterschiede und damit keine eindeutige Wirksamkeit der österreichischen Teststrategie. Unter anderem wegen der unterschiedlichen sonstigen Maßnahmen in den einzelnen Ländern ist ein solcher Vergleich jedoch nur bedingt aussagekräftig.

Basierend auf diesen Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie wird das unbeschränkte und nicht zielgerichtete Zurverfügungstellen von Testungen für die Bevölkerung grundsätzlich als nicht zielführend angesehen. Nur wenn Modellierungen auf Basis robuster und zuverlässiger Parameter einen gewissen epidemiologischen

Nutzen erwarten lassen, wird das breite Zurverfügungstellen von Testungen einer Prüfung auf Sinnhaftigkeit unterzogen. Dabei werden unter anderem die (zeitliche) Machbarkeit und die immensen Kosten dieser Maßnahme entsprechend berücksichtigt.

3.8 Kommunikation

Kommunikation entscheidet maßgeblich über den Erfolg oder Misserfolg bei der Bekämpfung der Pandemie. Die Risiko- und Krisenkommunikation orientiert sich im Fall einer Pandemie an der in der Vorbereitungsphase ausgearbeiteten Strategie (siehe Kapitel 2.10).

3.9 Beschaffung und Verteilung

Sollte es erforderlich sein, werden – basierend auf den diesbezüglichen Vorbereitungen (siehe Kapitel 2.6) – versorgungsrelevante Produkte (medizinisches Material, Schutzausrüstung, Desinfektionsmittel etc.) beschafft und an die jeweiligen Bedarfsträger verteilt. Weiters werden erforderlichenfalls solche Produkte aus dem strategischen Bundeskrisenlager (siehe Kapitel 2.7) verteilt.

Während der COVID-19-Pandemie wurde die Republik Österreich, vertreten durch die Bundesministerin für Landesverteidigung, mit dem COVID-19-Lagergesetz ermächtigt, einen Notvorrat an Schutzausrüstung und sonstigen notwendigen medizinischen Materialien zu beschaffen, zu lagern, zu bewirtschaften und zu verteilen (COVID-19 Lager). Diese Produkte konnten unentgeltlich an die Bundesländer, andere Bundesministerien und sonstige Bundeseinrichtungen (insb. AGES) sowie die österreichischen Sozialversicherungsträger abgeben werden.

3.10 Aufbau von Test- und Impfstrukturen

Sobald geeignete Tests bzw. Impfstoffe verfügbar sind oder deren Verfügbarkeit absehbar ist, wird mit dem Aufbau von geeigneten Test- bzw. Impfstrukturen begonnen. Welche Strukturen dafür benötigt werden, hängt von vielen Faktoren (Eigenschaften des Erregers, Spezifikationen der Tests, Lagerbedingungen für die Impfstoffe etc.) ab und kann abschließend erst beantwortet werden, wenn diese Faktoren bekannt sind.

Hinsichtlich der zwischenbehördlichen Abläufe sowie der Planung und Logistik kann auf die diesbezüglichen Vorbereitungen zurückgegriffen werden (siehe Kapitel 2.8).

Während der COVID-19-Pandemie wurden umfangreiche Test- und Impfstrukturen aufgebaut. Dies erfolgte in dieser Form zum ersten Mal und teils unter großem Zeitdruck, weshalb sich Optimierungsbedarf zeigte. Deshalb wird versucht, durch eine gezielte Vorbereitung darauf (siehe Kapitel 2.8) hier Verbesserungen zu erzielen.

3.11 Pandemiespezifische IT-Projekte

Trotz der Schaffung entsprechend leistungsstarker IT-Systeme in der Vorbereitungsphase (siehe Kapitel 2.3) können im Pandemiefall neue Anforderungen an die bestehenden Systeme bzw. kann ein Bedarf an neuen Systemen entstehen. Das BMSGPK wird gegebenenfalls die bestehenden Systeme entsprechend adaptieren bzw. neue Systeme schaffen.

Während der COVID-19-Pandemie wurden an den bestehenden Systemen (z.B. EMS) laufend Anpassungen und Verbesserungen durchgeführt sowie neue Systeme geschaffen (z.B. Screeningdatenbank, Testplattformen, Grüner Pass App).

4 Übergangsphase

Der Übergang von der pandemischen Phase in die Übergangsphase ist durch keine scharfe Grenze gekennzeichnet, sondern verläuft eher fließend. Dieser Übergang beginnt, wenn die epidemiologische Lage es erlaubt, zunächst einzelne bestehende Maßnahmen aufzuheben und ab einem bereits definierten Zeitpunkt gänzlich ohne Maßnahmen auszukommen. Ab diesem Zeitpunkt beginnt dann wieder die Vorbereitungsphase.

Bei der COVID-19-Pandemie hat die Übergangsphase Anfang 2023 begonnen. Zu diesem Zeitpunkt war mit einiger Sicherheit absehbar, dass die letzten bestehenden Maßnahmen schrittweise aufgehoben werden können. Als Zeitpunkt, ab dem keine Maßnahmen mehr erforderlich sein werden, wurde der 30. Juni 2023 festgelegt.

4.1 Wissenstransfer und Evaluation

Spätestens nach dem Ende der pandemischen Phase wird durch geeignete Maßnahmen ein Wissenstransfer sichergestellt und mit der Evaluation sämtlicher Arbeiten und Prozesse in Zusammenhang mit der Pandemie begonnen. Wissenstransfer und Evaluation werden in der anschließenden Vorbereitungsphase weitergeführt. Das im Zuge der Pandemie angesammelte Wissen sowie die Ergebnisse aus dieser Evaluation werden bei den Vorbereitungen auf die nächste Pandemie entsprechend berücksichtigt.

5 Fazit und Ausblick

Die COVID-19-Pandemie war für die Bevölkerung und die staatlichen Institutionen eine immense Herausforderung. Wir alle sind erleichtert, dass die Pandemie nunmehr bewältigt wurde, und hoffen, dass die Situation weiterhin entspannt bleibt und allfällige künftige Infektionswellen kein allzu großes Ausmaß mehr annehmen werden. Auch wenn bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie nicht alles optimal gelaufen ist, so ist Österreich im Vergleich zu anderen Ländern doch einigermaßen gut durch die Pandemie gekommen.

Eine besondere Herausforderung bleibt als eine der Folgen der COVID-19-Pandemie der Umgang mit an Long COVID-Erkrankten. Als Long COVID werden längerfristige, gesundheitliche Beeinträchtigungen im Anschluss an eine SARS-CoV-2-Infektion bezeichnet, die über die akute Krankheitsphase hinaus vorliegen. Häufige Symptome sind beispielsweise Kurzatmigkeit, Erschöpfung, verminderte Leistungsfähigkeit sowie Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme.

Genaue Zahlen zur Häufigkeit von Long COVID liegen derzeit aufgrund der Bandbreite der möglichen Symptome und noch ausstehender bevölkerungsrepräsentativer Studien mit ausreichender Nachbeobachtungszeit nicht vor. Nach aktuellen Angaben der WHO leben aber alleine in Europa etwa 36 Millionen Menschen mit Long COVID.

Das BMSGPK unterstützt daher durch verschiedene Aktivitäten die zuständigen Stellen, um Personen, die an Long COVID leiden, bestmöglich zu betreuen. So wurde etwa in Zusammenarbeit mit den Ländern und der Sozialversicherung ein Versorgungspfad für Long COVID-Betroffene definiert. Außerdem förderte das BMSGPK das Projekt „Aufatmen“, ein speziell für Long COVID-Betroffene entwickeltes Programm, das Atem-, Sing- und Haltungsübungen für Long COVID-Betroffene kombiniert. Weiters wurde im OSR eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich mit dem Thema postvirale/postinfektiöse Syndrome befasst.

Neben diesen Bemühungen ist es nun auch an der Zeit, die Lehren aus der COVID-19-Pandemie zu ziehen und sich auf eine allfällige nächste Pandemie bestmöglich vorzubereiten. Dazu soll unter anderem der gegenständliche Pandemieplan für respiratorische Krankheiten dienen. In diesen Plan sind die Erkenntnisse und Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie entsprechend eingeflossen.

Wie eingangs erwähnt, können für den Fall einer Pandemie wegen der mannigfaltigen Möglichkeiten ihres Verlaufs keine strikten Handlungsanweisungen gegeben werden. Möglich ist aber, vorbereitende Maßnahmen zu treffen, um im Fall einer Pandemie ein wirksames und effizientes Pandemiemanagement sicherstellen zu können. Die Vorbereitungsmaßnahmen sind daher der wichtigste Teil dieses Plans. Die wesentlichsten dieser Maßnahmen, an deren Umsetzung großteils bereits gearbeitet wird, sind Vorbereitungen zum raschen Aufbau eines Krisenstabes im BMSGPK, die Schaffung eines neuen und zeitgemäßen Epidemierechts, die Entwicklung eines leistungsstarken EMS 2.0 sowie der Aufbau eines umfassenden epidemiologischen Surveillance-Systems für respiratorische Krankheiten.

Nach der vollständigen Umsetzung dieser Maßnahmen wird das BMSGPK gut auf eine allfällige nächste Pandemie vorbereitet sein. Eine regelmäßige Evaluierung und erforderlichenfalls Anpassung des Pandemieplans wird dafür sorgen, dass diese Vorbereitung stets auf einem hohen Niveau bleibt.

Abkürzungen

Abs.	Absatz
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
AMG	Arzneimittelgesetz
ARI	Acute Respiratory Infection
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BAK	Bundeskanzleramt
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMG	Bundesministeriengesetz
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMK	Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVB	Bezirksverwaltungsbehörde
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CMO	Chief Medical Officer
DG SANTE	Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire – Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit der EK
ECDC	European Center for Disease Prevention and Control
EG	Europäische Gemeinschaft
EIS	Event Information Site
EK	Europäische Kommission
EMA	European Medicines Agency (Europäische Arzneimittel-Agentur)
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
EpiG	Epidemiegesetz
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EWRS	Early Warning and Response System
F-VG	Finanz-Verfassungsgesetz

FFP	Filtering Facepiece
GECKO	Gesamtstaatliche COVID-Krisenkoordination
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HCB	Health Crisis Board
HERA	Health Emergency Preparedness and Response Authority
HSC	Health Security Committee
ICU	Intensive Care Unit (Intensivstation)
IHR	International Health Regulations (Internationale Gesundheitsvorschriften)
ILI	Influenza-like Illness
inkl.	inklusive
insb.	insbesondere
IPCR	Integrated Political Crisis Response (Integrierte Regelung für die politische Reaktion auf Krisen)
IT	Informationstechnik
LGR	Landesgesundheitsreferent:innen
LSD	Landessanitätsdirektion
MPG	Medizinproduktegesetz
NIG	Nationales Impfgremium
Nr.	Nummer
OSR	Oberster Sanitätsrat
PHEIC	Public Health Emergency of International Concern
SARI	Severe Acute Respiratory Infection
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2
SCHEPPR	Standing Committee on Health Emergency Prevention, Preparedness and Response (WHO)
SKKM	Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement
TTI	Test, Trace, Isolate
UCPM	Union Civil Protection Mechanism (EU-Zivilschutz-Mechanismus)
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

