

Manual Corona-Kommission

Stand: 28.10.2020

Version 2.5

Erstellt durch GÖG/AGES

Inhalt

Inhalt	2
1. Corona-Ampel und Indikatoren.....	3
2. Risikobewertung und Ziele	4
1.1. Methode zur Risikoeinschätzung	4
1.2. Signalwerte	6
1.3. Risikoeinschätzung mittels Risikoadjustierung.....	6
1.4. Berechnungsbeispiel Risikoadjustierung und Normierung	8
3. Referenzen	25

1. Corona-Ampel und Indikatoren

Die Corona-Ampel stellt ein robustes Monitoring-Instrument dar, dem ein 4-Stufiger Prozess zugrunde liegt. Die **Darstellung der epidemischen Lage an Hand definierter Indikatoren auf Bundes-, Landes- und Bezirksebene** (aufbereitet durch AGES/GÖG) bildet dabei die erste Stufe und unterstützt bei der Identifikation von Auffälligkeiten, die einer genaueren Überprüfung bedürfen. Bei den Indikatoren selbst handelt sich um Kennzahlen, wie sie auch von international renommierten Instituten (wie z.B. RKI Deutschland) und anderen Ländern verwendet werden, was auch den zusätzlichen Vorteil der Vergleichbarkeit mit sich bringt. Des Weiteren wurden die Indikatoren auch vor dem Hintergrund von ECDC-Empfehlungen gewählt.¹

Die wöchentliche Einschätzung des SARS-CoV2 Ausbreitungsgeschehens (Verbreitungsrisiko) in der österreichischen Bevölkerung und die Einschätzung der Belastung des Gesundheitsversorgungssystems durch COVID-19 (Systemrisiko) erfolgt anhand der Analysedimensionen Übertragbarkeit („Transmissibilität“), Quellensuche (Quelle der Infektion und klinische Manifestation), Ressourcen und Testaktivität, die nachstehend ausgeführt werden.

Übertragbarkeit (Infektionsrisiko)

Das Risiko der Infektion mit SARS-CoV2 für die österreichische Bevölkerung auf Bundes- Landes sowie Bezirksebene: Die Indikatoren „7-Tages-Fallzahl“ (neue aufgetretene Fälle der letzten 7 Tage), „7-Tagesinzidenz“ (neue aufgetretene Fälle der vergangenen 7 Tage pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner), „Anzahl von neuen Clustern innerhalb einer Kalenderwoche“, „Anzahl der Bezirke mit neuen Clusterfällen innerhalb einer Kalenderwoche“ und „Anzahl der Clusterfall-freien Bezirke innerhalb einer Kalenderwoche“ sollen dazu beitragen, die epidemiologische Entwicklung der SARS-CoV2-Infektion in der österreichischen Bevölkerung einzuschätzen.

Quellensuche (Quelle der Infektion) & klinische Manifestation

Der Indikator „Fälle mit geklärter Quelle“ zeigt die Rückverfolgbarkeit der Übertragungskette (Transmissionskette) als Ergebnis von Case & Contact Tracing. Die Infektionsquellen können im Ausland (importierter Fall, Reise-assoziiertes Cluster, etc.) oder im Inland (lokale Cluster) liegen. Die Fälle mit geklärter Quelle werden nach Kategorie ihrer Quelle charakterisiert: per definitionem unterscheidet man in den

- „sporadisch importierten Fall“,
- den „Reise-assoziierten Fall (inkludiert den Fall von Reise-assoziierten Cluster und Reise-assoziierten lokalen Cluster)“,
- den „Lokal erworbenen Fall“ und
- den „durch Screening identifizierten Fall“.

Der Fall wird auch nach der klinischen Manifestation der Infektion (symptomatisch/asymptomatisch) zum Zeitpunkt der Labordiagnose charakterisiert.

Ressourcen

Indikatoren, die in der Lage sind, die vorhandenen und benötigten Kapazitäten des Gesundheitssystems (insb. Spitalskapazitäten) abzubilden. Dargestellt wird die Auslastung der Intensivstationen (ICU-Auslastung) sowie der Bettenbelag auf Normalstationen und Intensivstationen.

¹ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-ninth-update-23-april-2020.pdf>

Testungen

Die Indikatoren „Tests je 100.000 EinwohnerInnen“, Tests der vergangenen 7 Tage und die Positivrate (Anteil der positiven Tests an allen Tests je Region) erlauben Aussagen über die Testaktivität, Teststrategie und geben Hinweise über die Wahrscheinlichkeit, den Fall einer SARS-CoV2 Infektion zeitnah zu detektieren.

Detaillierte Beschreibungen einschließlich Berechnungsformeln zu allen Indikatoren finden sich im Tabellenteil dieses Manuals.

2. Risikobewertung und Ziele

Anhand der genannten Analysedimensionen erfolgt eine genaue Betrachtung des Verbreitungsrisikos von SARS-CoV-2 sowie der Risiken, die sich für das Gesundheitsversorgungssystem ergeben können (Systemrisiko). Nachstehend finden sich hierzu eine detaillierte Beschreibung der beiden Risikoparameter sowie der damit verbundenen Zielsetzungen.

Verbreitungsrisiko

Erklärung: Das Ausmaß des Ausbreitungsgeschehen (Populationsrisiko der Infektion mit SARS-CoV2) bestimmt die Gefährdung der öffentlichen Gesundheit.

Ziel: Prävention der SARS-CoV2 Übertragung

Systemrisiko

Erklärung: Das Ausmaß der COVID-19-Morbidität bestimmt die Belastung des Gesundheitsversorgungssystems.

Ziel: Reduktion der COVID-19-Morbidität, der Häufigkeit von COVID-19 mit schwerem Krankheitsverlauf, Reduktion der COVID-19-Mortalität bei gleichzeitig höchstmöglichen Schutz der (Hoch-)Risikogruppen. Sicherstellung von ausreichender Versorgungskapazitäten (insbesondere Betten und Personalkapazitäten auf Intensiv- und Normalstationen) zur Behandlung von COVID-19-PatientInnen unter Gewährleistung der Regelversorgung für die übrige Bevölkerung.

1.1. Methode zur Risikoeinschätzung

Initial erfolgt die Einschätzung der o.g. Risiken auf Basis der "rohen 7-Tagesinzidenz". Folgend wird die Einschätzung mittels der risiko-adjustierten (normierten) 7-Tagesinzidenz auf Basis der Altersverteilung der Fälle, der Infektionsquelle der Fälle, der klinischen Manifestation zum Zeitpunkt der Fall-Detektion und auf Basis der Testfrequenz spezifiziert. Darüber hinaus wird das Systemrisiko mittels des Indikators Auslastung von Intensivstationen mit COVID-19 Fällen beurteilt.

Die Höhe der 7-Tagesinzidenz wird auf Basis von Signalwerten für geringes, mittleres, hohes und sehr hohes Risiko eingestuft. Darauf folgend wird diese Einschätzung mittels der risikoadjustierten und normierten 7-Tagesinzidenz spezifiziert. Die Kommission beurteilt unter Berücksichtigung des aktuellen Datenstands, wöchentlich auf diese Weise das Verbreitungs- und Systemrisiko der SARS-CoV2-Epidemie in der österreichischen Bevölkerung (Signalwerte, Gewichte und Adjustierung sind in den folgenden Tabellenblättern ersichtlich).

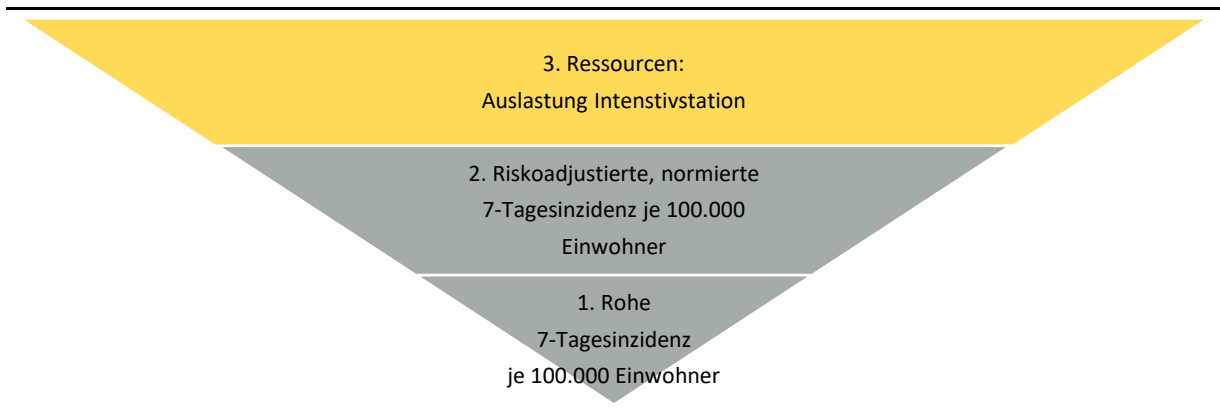
Wie in der Abbildung dargestellt unterliegt diese Risikoeinschätzung einer Ordnungslogik.

Erste Stufe: Bestimmung der rohen 7-Tagesinzidenz; dies ermöglicht eine grobe Risikoeinschätzung im Hinblick auf die Signalwerte bundesweit, auf Bundeslandebene und auf Bezirksebene.

Zweite Stufe: Bestimmung der risikoadjustierten (normierten) 7-Tagesinzidenz; dies ermöglicht eine angepasste Einschätzung des Risikos anhand fallbasierter Merkmale, die mittels derselben Signalwerte eingestuft werden können.

Dritte Stufe: Bestimmung der Ressourcenauslastung auf Intensivstationen nach festgelegten Auslastungsgrenzwerten. Die auf der 2. Stufe erfolgte Risikoeinschätzung (Farbgebung) wird in der Regel von einer höheren Systemrisikoeinschätzung (Auslastung Intensivstation) überstimmt.

Abbildung 1:
Ordnung der Risikoeinschätzung

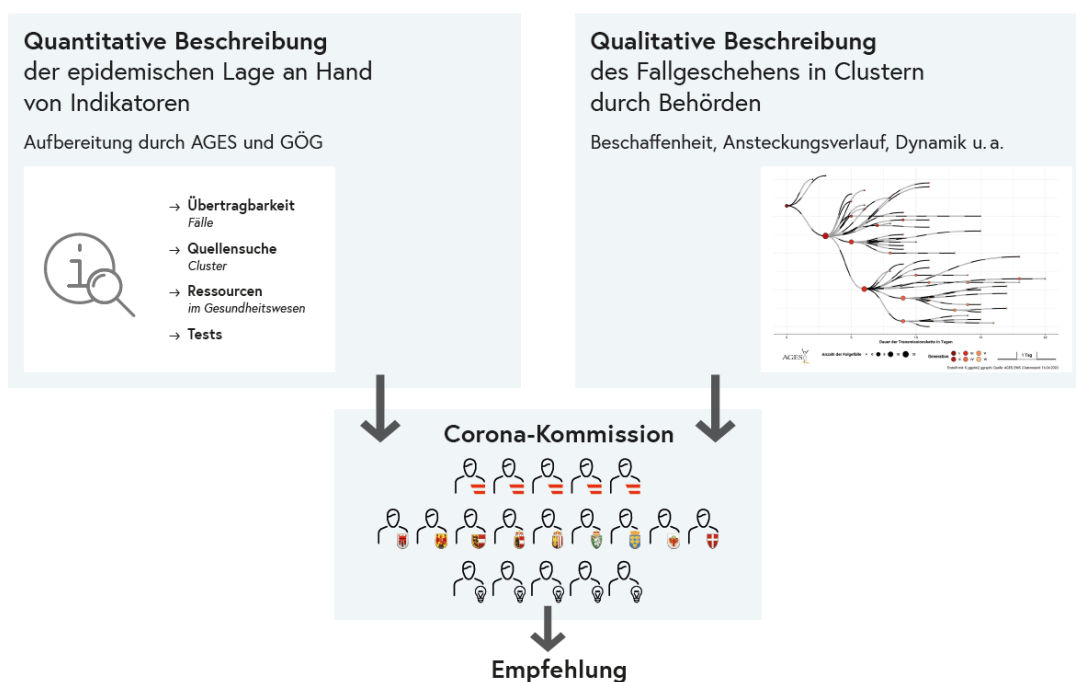


Quelle: eigene Darstellung

Zusätzlich zum oben beschriebenen Prozess werden aktuelle qualitative Einschätzungen der Kommissionsmitglieder im Entscheidungsprozess gemeinsam mit weiteren aktuellen Indikatoren, wie etwa die jüngsten Entwicklungen zum Zeitpunkt der Abstimmung, Auftreten neuer Cluster pro Bezirk je KW und Trend der Anzahl inzidenter Fälle berücksichtigt.

Abbildung 2:
Empfehlungsprozess der Corona Kommission

Der Empfehlungsprozess – Grundlogik



Quelle: eigene Darstellung

1.2. Signalwerte

Als Signalwerte für die rohe sowie für die risikoadjustierte 7-Tagesinzidenz zur Einschätzung des Verbreitungsrisikos werden folgende Werte herangezogen. Um bei der Risiko-Einschätzung von Bezirken mit geringer Populationsgröße zu verhindern, dass bereits bei geringer Fall-Zahl der Grenzwert zur Risikostufe "mittleres Risiko" überschritten wird (z.B. bei kleinen Haushalts-Clustern), müssen neben dem Signalwert von 25 Fällen/100.000 EW mindestens 10 inzidente Fälle in der betrachteten 7-Tagesperiode im entsprechenden Bezirk detektiert sein.

Tabelle 1:
Signalwerte zur Risikoeinschätzung 7-Tagesinzidenz

Region	7-Tagesinzidenz je 100.000 EinwohnerInnen	initiale Risikoeinstufung
Österreich, Bundesland, Bezirk	≤25	geringes Risiko
	>25 bis ≤50 und mindestens 10 Fälle	mittleres Risiko
	>50 bis ≤100	hohes Risiko
	>100	sehr hohes Risiko

Quelle: eigene Darstellung

Als Signalwerte zur Einschätzung des Systemrisikos wird die Auslastung der Intensivstationen (ICU-Auslastung) auf Bundeslandebene herangezogen. Die Auslastung beträgt im Regelbetrieb i.d.R. unter 90%, der höchste jemals gemessene Wert im Epidemieverlauf in der österreichischen Bevölkerung wurde in Tirol mit einer Auslastung von 35% gemessen.

Tabelle 2:
Signalwerte zur Systemrisiko-Einschätzung: Auslastung Intensivstationen (nur auf Bundes- oder Bundeslandebene)

Region	COVID-19-Belag/Gesamtkapazität	initiale Risikoeinstufung
Österreich, Bundesland	≤10%	geringes Risiko
	>10% und ≤25%	mittleres Risiko
	>25% und ≤33%	hohes Risiko
	>33%	sehr hohes Risiko

Quelle: eigene Darstellung

1.3. Risikoeinschätzung mittels Risikoadjustierung

Zentrales Element der Risikoeinschätzung ist die Risikoadjustierung der kumulativen 7-Tagesinzidenz. Dabei kommt es zur Berücksichtigung von fallspezifischen Merkmalen, die mit dem Systemrisiko, wie auch mit dem Verbreitungsrisiko assoziiert sind. Berücksichtigt wird das Alter des Falles, die Kenntnis der wahrscheinlichen Infektionsquelle des Falles, der Ort der Infektionsquelle (Ausland oder Inland) und auch der Zeitpunkt der Fall-Entdeckung (bereits in der Quarantäne als Kontaktperson oder erst als Erkrankungsfall).

Die Berechnung erfolgt in mehreren Schritten, wobei die Fallpopulation der letzten Kalenderwoche (KW) herangezogen wird. Es folgen vier Adjustierungsschritte: (1) Altersadjustierung, (2) Adjustierung nach Quellen-Kategorisierung, (3) Adjustierung nach Symptomatik und (4) Adjustierung nach Testgeschehen.

Jeder Fall wird entlang der Adjustierungsschritte mit einem Korrekturfaktor bewertet. Die Korrekturfaktoren pro Fall multiplizieren sich zu einem Gesamteffekt, der anschließend über alle Fälle eines Bezirks oder eines Bundeslands gemittelt wird. Man erhält den durchschnittlichen Korrekturfaktor dessen Abweichung von 1 als Reduktion oder Erhöhung des Risikos ausgedrückt werden kann. Da der

Wert von 1 aber nicht notwendigerweise dem zu erwartenden Risiko entspricht, sondern der Abweichung vom hypothetischen Szenario, in der alle Gewichte 1 sind, ist ein weiterer Schritt nötig, der einen Vergleich zum bundesweit typischen Risiko ermöglicht, die Normierung.

Um auszuschließen, dass die gewählten Gewichtungsfaktoren das Risiko systematisch über- oder unterschätzen, wird das Risiko einem Baseline-Risiko (=1,0022) gegenübergestellt. Das Baseline-Risiko ergibt sich aus der gesamtösterreichischen Fallpopulation, der Kalenderwochen 16–32 des Jahres 2020.

Die Normierung erfolgt dadurch, dass der durchschnittliche Korrekturfaktor durch das Baseline-Risiko dividiert und somit das Risiko eines Bezirks oder eines Bundeslandes mit dem typischen Risiko in Relation gesetzt wird. Dadurch ergibt sich die risikoadjustierte, normierte Effektgröße. Diese Effektgröße wird im letzten Berechnungsschritt auf die rohe 7-Tagesinzidenz aufgeschlagen bzw. von ihr abgezogen. Im Folgenden werden die einzelnen Korrekturfaktoren dargestellt.

Tabelle 3:
Schritt 1: Altersadjustierung

Alter des inzidenten Falles	Korrekturfaktor	Rational
0–19	0,2	Systemrisiko-basierte Adjustierung: Wahrscheinlichkeit für Erkrankung, schweren Verlauf, Mortalität und Hospitalisierung ist altersassoziiert. Gewichtung auf Basis der alters-abhängigen Hospitalisierungs-Wahrscheinlichkeit in österreichischen Intensivstationen.
20–39	0,8	
40–64	1,2	
65+	2,5	

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 4:
Schritt 2: Adjustierung nach Quellen-Kategorisierung

Alter des inzidenten Falles	Korrekturfaktor	Rational
Fall, sporadisch importiert	0,5	Transmissions-basierte Adjustierung: Höhere Gewichtung des Falles mit ungeklärter Quelle, geringere Gewichtung des Falles mit lokaler Quelle, geringste Gewichtung des Falles mit Reiseassoziation.
Fall, reise-assoziiertes Cluster	0,5	
Quellen-Fall von reise-assoziierten lokalen Clustern	0,5	
Lokal erworbener Fall	0,75	
Fall durch Screening identifiziert	1	
Fall, in Abklärung (inkl. Index-Fälle des lokalen Clusters)	1,5	

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 5:
Schritt 3: Adjustierung nach Symptomatik

Kategorie	Korrekturfaktor	Rational
Asymptomatischer Fall (in Quarantäne)	0,5	Transmissions-basierte Adjustierung: geringere Gewichtung des Falles, der als Kontaktperson in der Quarantäne getestet wurde (i.e. Umfeld-Screening) und somit durch aktive Fallsuche detektiert werden konnte (d.h. zum Zeitpunkt der Labordiagnose ist dieser asymptomatisch). Asymptomatische Fälle, die nicht bereits als Kontaktpersonen in Quarantäne waren und z.B. durch Screenings detektiert wurden, werden mit 1 gewichtet.
Symptomatischer Fall	1	

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 6:
Schritt 4: Adjustierung nach Testgeschehen (aktualisiert am 28.10.2020), Anwendung auf Bundes- Landes- und Bezirksebene

Tests je 100.000 EW	Korrekturfaktor	Rational
0	1,5	Anhand des aktuellen Testgeschehens wird ein Korridor eines unauffälligen Testgeschehens definiert der zu keiner weiteren Adjustierung führt. (Korrekturfaktor 1). Die untere Grenze des Korridors wird als 50 % des Mittelwertes der KW 42 und die obere Grenze als Mittelwert der KW 42 definiert. Der Faktor für Bundesländer unter dem Korridor wird anhand einer linearen Interpolation bis zu einem Faktor von 1,5 berechnet. Der Faktor für Bundesländer über dem Korridor wird anhand einer linearen Interpolation bis zu einem Faktor von 0,7 (Mittelwert x 1,5) berechnet. Die Faktoren werden alle vier Wochen anhand des tatsächlichen
700 Untere Grenze Test-Korridor (Mittelwert KW 42 x 0,5)	1	Testgeschehens aktualisiert. Auf Bezirksebene wird der jeweilige Bundesland-Faktor herangezogen. Sobald Testdaten auf Bezirksebene zur Verfügung stehen, werden diese für die Test-Adjustierung auf Bezirksebene herangezogen. Um der Unsicherheit über die uneinheitliche Verteilung der Testungen innerhalb eines Bundeslandes Rechnung zu tragen, wird ein breiter Korridor mit dem Korrekturfaktor 1 definiert.
1400 Obere Grenze Test-Korridor 1.400 (Mittelwert KW 42)	1	
2.100 (Mittelwert KW 42 x 1,5)	0,7	

Korrekturfaktor=WENN(Tests<700;1,5-MAX(0;(Tests /700)*0,5);WENN(Tests >1400;1-MIN(0,3;(Tests - 1400)/700*0,3);1))
Quelle: eigene Darstellung

1.4. Berechnungsbeispiel Risikoadjustierung und Normierung

Im Folgenden wird die Berechnungsweise der beschriebenen Risikoadjustierung und Normierung auf die typische Risikopopulation anhand eines fiktiven Bezirksbeispiels gezeigt.

Abbildung 3:
Berechnungsbeispiel Risikoadjustierung und Normierung für den fiktiven Bezirk

Bezirk	Musterbezirk
Bundesland	Musterbundesland
EW	29.806

Kalenderwoche	Bezirksebene		Bundeslandebene
	Fälle absolut	Fälle je 100.000 EW	Tests je 100.000 EW
35	18	60,39	1.470

Schritt 1: Berechnung des Risikoscores für den Musterbezirk auf Basis von Individualdaten

Name	Alter	Korrekturfaktor Alter	Quellensuche	Korrekturfaktor Clustertyp	Asympomatische in Quarantäne	Korrekturfaktor Asyptomatisch	Gesamteffekt (Risiko)
Person A	20-49	0,80	Fall durch Screening identifiziert	1,00		1,00	0,80
Person B	20-49	0,80	Fall, in Abklärung (inkl. Index-Fälle des lokalen Clusters)	1,50	Asymptomatischer Fall (in Quarantäne)	0,50	0,60
Person C	20-49	0,80	Lokal erworbener Fall	0,75	Asymptomatischer Fall (in Quarantäne)	0,50	0,30
Person D	20-49	0,80	Fall, reise-assoziiert Cluster	0,50	Asymptomatischer Fall (in Quarantäne)	0,50	0,20
Person E	0-19	0,20	Fall, reise-assoziiert Cluster	0,50	Asymptomatischer Fall (in Quarantäne)	0,50	0,05
Person F	0-19	0,20	Fall, reise-assoziiert Cluster	0,50	Asymptomatischer Fall (in Quarantäne)	0,50	0,05
Person G	20-49	0,80	Fall durch Screening identifiziert	1,00		1,00	0,80
Person H	20-49	0,80	Lokal erworbener Fall	0,75		1,00	0,60
Person I	50-64	1,20	Lokal erworbener Fall	0,75	Asymptomatischer Fall (in Quarantäne)	0,50	0,45
Person J	50-64	1,20	Fall durch Screening identifiziert	1,00		1,00	1,20
Person K	65+	2,50	Fall, in Abklärung (inkl. Index-Fälle des lokalen Clusters)	1,50		1,00	3,75
Person L	65+	2,50	Fall, in Abklärung (inkl. Index-Fälle des lokalen Clusters)	1,50		1,00	3,75
Person M	20-49	0,80	Lokal erworbener Fall	0,75	Asymptomatischer Fall (in Quarantäne)	0,50	0,30
Person N	0-19	0,20	Fall durch Screening identifiziert	1,00		1,00	0,20
Person O	0-19	0,20	Fall, in Abklärung (inkl. Index-Fälle des lokalen Clusters)	1,50		1,00	0,30
Person P	20-49	0,80	Fall, sporadisch importiert	0,50		1,00	0,40
Person Q	0-19	0,20	Fall durch Screening identifiziert	1,00		1,00	0,20
Person R	0-19	0,20	Quellen-Fall von reise-assoziierten lokalen Cluster	0,50		1,00	0,10
Mittelwert							0,78056

Der **durchschnittliche Korrekturfaktor** im Musterbezirk errechnet sich über den Mittelwert der einzelnen Gesamteffekte:

0,78056

Insgesamt bewirkt das Risiko-Scoring auf Individualebene also eine Reduktion des (rohen) Risikos um 22 Prozent.

-21,9%

Interpretation

Das **Risiko pro Fall** ist im Musterbezirk **um 22 Prozent** geringer als wenn es der Fall wäre, dass **alle Risiko-Scores 1 wären**.

Um auszuschließen, dass die gewählten Gewichtungsfaktoren das Risiko systematisch über- oder unterschätzen, wird das Risiko im Musterbezirk einem Baseline-Risiko gegenübergestellt. Als Baseline wird Österreich (bundesweit) in Epidemiephase III, also von KW 16–32, definiert.

Daher wird im folgenden das oben beschriebene Scoring für alle positiv Getesteten in Österreich (KW 16–32) durchgeführt, um das Risiko im Musterbezirk mit diesem Baseline-Risiko vergleichen zu können.

Quelle: eigene Darstellung

Schritt 2: Vergleich mit Baseline-Risiko

		durchschnittlicher Korrekturfaktor
Scoring	Musterbezirk KW 35	0,7806
		÷
Baseline-Risiko	Epidemiephase III: Österreich KW 16-32	1,0023
		=
Effektgröße (Risiko pro Fall im Musterbezirk)		-22,1%
Korrekturfaktor Tests	Musterbundesland KW 35	0,9700
		=
Effektgröße (finale Risikoadjustierung)		-24,5%

Interpretation

- » Das **Risiko pro Fall** ist im Musterbezirk **um 22,1 Prozent geringer** als das bundesweit typische Risiko pro Fall während der Epidemiephase III.
- » Die **Testkorrektur** senkt das Risiko zusätzlich um den Faktor 0,97.

Das liegt beispielsweise an

- » einer günstigeren Altersstruktur der positiv Getesteten *als im bundesweiten Durchschnitt KW 16-32*
- » einer besseren Aufklärungsquote (weniger ungeklärte Fälle) *als im bundesweiten Durchschnitt KW 16-32*
- » mehr asyptomatischen Fälle, die zum Testzeitpunkt schon in Quarantäne waren *als im bundesweiten Durchschnitt KW 16-32*
- » erhöhtem Testgeschehen

Quelle: eigene Darstellung

Schritt 3: Berechnung der risikoadjustierten 7-Tages-Inzidenz

Wert		ohne Testadjustierung	mit Testadjustierung
Rohe 7-Tages-Inzidenz	<i>absolut</i>	18,00	18,00
	<i>je 100.000 EW</i>	60,39	60,39
		22,1% weniger	24,5% weniger
Risiko-adjustierte 7-Tages-Inzidenz	<i>absolut</i>	14,02	13,60
	<i>je 100.000 EW</i>	47,03	45,62

Schritt 4: Interpretation

- » Aufgrund des um 22,1 % geringeren Risikos pro Fall im Vergleich zur Epidemiephase III stellt eine 7-Tages-Inzidenz von 60,39 je 100.000 EW gleich viel Risiko dar wie 47,03 Fälle pro 100.000 EW bei bundesweiter Risikostuktur KW 16-35.
- » In der Risikoadjustierung mit Berücksichtigung des Testgeschehens weist der Musterbezirk eine risikoadjustierte 7-Tages-Inzidenz von 45,62 auf.



Anwendung der Schwellen für Auffälligkeit auf die **risikoadjustierte 7-Tages-Inzidenz**

Quelle: eigene Darstellung

1.5. Anwendung der Risikostufen des Verbreitungsrisikos

1.5.1. Anwendung der Risikostufen im Grenzbereich eines Signalwertes

Entscheidungsgrundlage

Bei der Entscheidung zur Risikoeinstufung kommt den qualitativen Informationen zum Ausbruchsgeschehen im Grenzbereich (bis maximal +25% für Regionen mit weniger als 50.000 Einwohnern bzw. +10% für alle anderen Regionen) des Signalwertes der „risikoadjustierten 7 Tages Inzidenz pro 100.000 Einwohner“ besondere Bedeutung zu. Bei der Entscheidung sind diese Informationen besonders zu berücksichtigen. Von einer erhöhten Risikoeinstufung kann abgesehen werden, wenn die Informationen (Kontextinformationen) plausibel und nachvollziehbar dargelegt wurden.

Kommt es zu keinen Verbesserungen innerhalb von 14 Tagen so ist, die Risikoeinstufung entsprechend des Signalwertes vorzunehmen.

Die Fragen zu Kontextinformationen werden standardisiert abgefragt:

- Sind die Cluster bekannt?
- Wie hoch ist die Abklärungsquote?
- Wie hoch ist der Anteil der KI –Personen in Quarantäne?

1.5.2. Anwendung der Risikostufe „sehr hohes Risiko“

Entscheidungsgrundlage für Einzelfälle

Kommt es zur Anwendung der Einstufung für „sehr hohes Risiko“ so kann innerhalb eines Bezirks, wenn das Zentralraummodell (siehe 1.5.4) NICHT grundsätzlich zur Anwendung gelangt ist zwischen „sehr hohem Risiko“ und „hohem Risiko“ unter Berücksichtigung der Gemeindegrenzen abgestuft werden.

Hierbei sind die Grundsätze des Punktes 1.5.4 zu berücksichtigen und der Vorschlag muss epidemiologisch plausibel und nachvollziehbar begründet werden.

1.5.3. Verweildauer in einer Risikostufe

Entscheidungsgrundlage

Kommt es aufgrund der Einschätzung der Kommission zu einer Einstufung eines Bezirkes in eine höhere Risikostufe (z.B. von „Geringes Risiko“ auf „Mittleres Risiko“ oder „Mittleres Risiko“ auf „Hohes Risiko“ sowie „Hohes Risiko“ auf „sehr hohes Risiko“), kann eine Rückstufung frühestens nach doppelter maximaler Inkubationszeit von 10 Tagen (i.e. 20 Tage) erfolgen. Voraussetzung für eine Rückstufung ist, dass die risikoadjustierte 7-Tages-Inzidenz für nicht weniger als 20 Tage in Folge unterhalb des Grenzwertes zur höheren Risikostufe liegt und dass es keine maßgeblichen Migrationsbewegungen zu Bezirken/Regionen (oder dem Ausland) mit höherem Risiko gibt.

Hierbei sind zweimal die risikoadjustierte 7 Tages Inzidenz und die aktuelle rohe 7 Tages Inzidenz als Entscheidungsgrundlage heranzuziehen.

Von der Verweildauer Regelung kann abgewichen werden, wenn:

- a) diese Einstufung auf ein singuläres Clustergeschehen, welches gut abgrenzbar ist zurückzuführen ist und
- b) keine neuen Fälle dem Cluster zugerechnet werden und
- c) von der Behörde die notwendigen Maßnahmen ergriffen wurden.

Besondere Entwicklungen:

1. Die einmalige Überschreitung des Signalwertes im unter Punkt 1.5.1 beschriebenen Grenzbereich bei eindeutig sinkender Tendenz löst nicht eine erneute eine 20ig-tägige Verweildauer aus.
2. Ergibt sich aus der Entwicklung der Signalwerte der Umstand, dass mathematisch eine Stufe übersprungen werden könnte; so ist nach der oben dargelegten Verweilweilderdauer von 20 Tagen nur eine einmalige Verweildauer in der zu überspringenden Risikostufe vorzusehen und bei gleichbleibendem Trend ist in der darauffolgenden Woche die entsprechend Rückstufung möglich.
3. Eine Höherstufung während dieser drei Wochen kann bei entsprechender Einschätzung der epidemiologischen Lage jederzeit erfolgen.

Umsetzung

Eine Empfehlung zum Wechsel zu einer höheren Risikostufe ist jederzeit und unmittelbar möglich und erfolgt im Regelfall im Rahmen der wöchentlichen Sitzungen der Corona-Kommission. Bei Gefahr im Verzug kann eine raschere Empfehlung im Rahmen von zusätzlichen Sitzungen oder im Umlaufverfahren erfolgen.

Eine Empfehlung zum Wechsel zu geringeren Risikostufen ist frühestens bei Vorliegen der wie oben definierten Bedingungen möglich.² Ein Überspringen von Stufen ist dabei nicht möglich.

1.5.4. Anwendung des Zentralraummodells und Differenzieren innerhalb von Bezirken

Entscheidungsgrundlagen

Primäre Analyseebene für die Risikoeinschätzung ist der politische Bezirk (für Wien: Das gesamte Bundesland).

Besteht in einem Bundesland ein „Mittleres Risiko“ auf Grund der risikoadjustierten 7-Tages-Inzidenz, so ist die für die Einstufung eines Bezirks bzw. einer anderen regionalen Differenzierung (siehe unten) mit einem „Geringen Risiko“ an Hand der Testzahlen, der Verkehrswege und der Anzahl an Infektionsfällen der Nachweis zu erbringen, dass diese Einstufung gerechtfertigt ist.

Dort, wo für Zentralräume ein „Hohes Risiko“ empfohlen wird, folgt für die angrenzenden Bezirke jedenfalls eine Empfehlung für die Risikoeinschätzung „Mittleres Risiko“.

Eine weitere Differenzierung innerhalb der Bezirke hinsichtlich der Einstufung auf „Hohes Risiko“ resp. in Folge „Sehr hohes Risiko“ erfolgt auf Basis eines von dem jeweiligen Bundesland vorgeschlagenen Zentralraummodells, welches sich an Kern- und Außenzonen der Stadtregionen³ orientieren kann.

² Die Frist von 3 Wochen ist infektionsepidemiologisch im Abwarten der zweimaligen angenommenen Inkubationszeit von 10 Tagen begründet. Es entspricht den bisherigen empirischen Erfahrungen, dass nach Ablauf von drei Wochen durch intensive Bemühungen eine erhebliche Verbesserung bzw. Verringerung der Zahl an Neuerkrankungen erzielt werden kann.

³ Siehe hierzu: <https://stadregionen.at/>

Umsetzung

Damit die oben genannte Differenzierung zur Anwendung kommt, kann das betreffende Bundesland einen Vorschlag zur Umsetzung des Zentralraummodells vorlegen.

Dies ist von der Kommission zu beschließen und bildet in Zukunft die Grundlage für die Ermittlung der 7-Tages Inzidenzen (rohe und risikoadjustierte 7-Tages-Inzidenz) sowie für die Einschätzung der entsprechenden Risikostufe.

Hinweis: Jedenfalls verlangt eine fall-basierte Risikoeinschätzung auf Basis anderer Regionalität (wie z.B. Gemeinkonglomerate) als die politische Bezirksebene valide und komplette Angaben zur örtlichen Zuordnung des Falles in der Arztmeldung im EMS. Andererseits ist eine zuverlässige Analyse der Fälle nach diesem örtlichen Merkmal höchst unzuverlässig.

Tabelle 7:
Indikatoren, Zeitperiode, Datenquelle und Datenstand, Limitationen und regionale Zuordnung

Nr.	Var-name*	Indikator	Herangezogene Zeitperiode	Datenquelle, Datenstand	Limitation/Schwäche	Regionale Zuordnung
A.1.	U1abs	7-Tages-Fallzahl, absolut	Index-Zeitperiode: Von Mi, 00:00. der Berichtsvorwoche bis Di, 24:00. der Berichtswoche Referenz-Zeitperiode: Index-Zeitperiode minus 7 Tage Zeitliche Falldefinition: der Fall wird zeitlich seinem Labordiagnosedatum (=LabDiagDat.) zugeordnet	EMS, Berichtstag Mi, 09:00 Uhr	Unterschätzung der Anzahl der Fälle mit LabDiagDat. Di der Berichtswoche wegen Labbormeldungs-verzögerung von max. 24h	Regionale Falldefinition: der Fall wird regional dem Bezirk des ZMR geprüften Wohnsitzes der Person zugeordnet; bei Fehlen eines ZMR registrierten Wohnsitzes wird der Bezirk des Aufenthaltes z. Zeitpunkt der Labordiagnose herangezogen (trifft zu für Fall bei einem ausländischen Touristen, Asylsuchenden, Ob-dachlosen, Saisonarbeiter, 24-Std.-PflegerInnen etc.)
B.1.	U1rel	7-Tages-Fallzahl x 100.000 / EW (kumulative Inzidenz)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
C.1.	U2abs	Anzahl von neuen Cluster, absolut	Index-Woche KW Mo – So vor Berichtswoche Referenz-Woche Index-Woche minus 7 Tage Zeitliche Clusterzuordnung: Labordiagnosedatum (=LabDiagDat.) zugeordnet	EMS, Di vor Berichtstag, 16:00 Uhr	Unterschätzung der Cluster-Anzahl v. Index-Woche , weil Cluster-identifikation noch im Laufen Überschätzung der Cluster-Anzahl v. Index-Woche , weil etwaige Zusammen-führung von mehreren Cluster zu einer Transmissionskette noch im Laufen	Regionale Cluster Zuordnung: Bezirks-Zuordnung und entsprechende BL-Zuordnung eines Cluster erfolgt nach Bezirk/BL, in dem der Großteil der Übertragungen (=hauptsächliches Transmissionsgeschehen) stattgefunden hat, d.h. nach dem Ort des initialen „(super)spreading event/ „superspreading setting“. Bei Bezirks-überschreitendem Transmissionsgeschehen wird der Bezirk des hauptsächlichen Transmissionsgeschehen herangezogen
D.1.	U2rel	Anzahl von neuen Cluster x 100.000 / Bevölkerungszahl	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
F.1.	U5abs	Anzahl der Bezirke mit neuen Clusterfällen; Auswertung ausschließlich auf Bund-/Bundeslandebene	Index-Woche KW Mo – So vor Berichtswoche Referenz-Woche Index-Woche minus 7 Tage	s.o.	Unterschätzung der Anzahl der Bezirke mit neuen Clusterfällen v. Index-Woche , weil Clusterfall-Identifikation noch im Laufen	Regionale Falldefinition: der Clusterfall ist dem Bezirk des ZMR geprüften Wohnsitzes der Person zugeordnet (unabhängig von der Bezirks-Zuordnung des Clusters, siehe C.1.). Bei Fehlen eines ZMR registrierten Wohnsitzes gilt der Bezirk des Aufenthaltes z. Zpkt. der LabDiagnose der Person. Es wird der Bezirk zur Berechnung herangezogen, in dem mind. ein neuer Clusterfall gemäß Definition der regionalen Zuordnung aufgetreten ist

Manual Corona Kommission

G.1.	U6abs	Anzahl der Clusterfall-freien Bezirke; Auswertung ausschließlich auf Bund-/Bundeslandebene	Index-Woche KW Mo – So vor Berichtswoche Referenz-Woche Index-Woche minus 7 Tage	s.o.	-	Regionale Cluster-Zuordnung: herangezogen wird jener Bezirk OHNE Auftreten eines neuen Clusterfalles mit Wohnort in dem Bezirk (=regionale Falldefinition), innerhalb der 14 Tage nach Isolation-Beendigung des zuletzt aufgetretenen Clusterfalles in dem betreffenden Bezirk
H.1.	Q1-Q6	Anteil der abgeklärten Fälle: inkludiert (Def. siehe Tab. 3) (Q1, Q2) Sporadisch importierter Fall (Q6) Reise-assoziiertes Fall (Q3) Lokal erworbener Fall, mit geklärter Quelle (Q5) Fall, identifiziert durch Screening (Q4)	Index-Woche KW Mo – So vor Berichtswoche Referenz-Woche Index-Woche minus 7 Tage	s.o.	Unterschätzung des Anteils für Index-Woche, weil Quellen-abklärung noch im Laufen	Regionale Falldefinition: der Fall wird regional dem Bezirk des ZMR geprüften Wohnsitzes der Person zugeordnet; bei Fehlen eines ZMR registrierten Wohnsitzes wird der Bezirk des Aufenthaltes zum Zeitpunkt der Labordiagnose herangezogen
I.1.	geplant	Anzahl der ungeklärten Fälle, absolut x 100.000 / Bevölkerungszahl	Index-Woche KW Mo – So vor Berichtswoche Referenz-Woche Index-Woche minus 7 Tage	s.o.	Überschätzung der Anzahl der ungeklärten Fälle für Index-Woche, weil Quellen-abklärung noch im Laufen	Regionale Falldefinition: der Fall wird regional dem Bezirk des ZMR geprüften Wohnsitzes der Person zugeordnet; bei Fehlen eines ZMR registrierten Wohnsitzes wird der Bezirk des Aufenthaltes z. Zeitpunkt der Labordiagnose herangezogen
J.1.	T1abs, T1rel	Anzahl von getesteten Personen exklusiv Screening-Testungen	Index-Zeitperiode: Von Mi, 00:00* der Berichtsvorwoche bis Di, 24:00. Berichtswoche. Referenz-Zeitperiode: Index-Zeitperiode minus 7 Tage *approx. durch BMI-Meldung, Mi, 08.00	Derzeit Ländermeldung via BMI Gesamtzahl Testungen (Meldeformular Zeile A) + Screening-Datenbank des AGES	Berechnung bezieht sich auf 2 Datenquellen, Ländermeldung an BMI und die AGES-Screening-Datenbank; bis dato sind diese Quellen nicht zuverlässig; Abstimmungsprozess laufend	Regionale Test-Zuordnung: Getestete Person wird regional dem Bundesland ihres via ZMR geprüften Wohnsitzes zugeordnet; bei Fehlen eines ZMR registrierten Wohnsitzes wird das Bundesland des Aufenthaltes z. Zeitpunkt der Labordiagnose herangezogen
K.1.	T2	Anteil positiver Tests; Auswertung ausschließlich auf Bundeslandebene	Index-Zeitperiode: Von Mi, 00:00. der Berichtsvorwoche bis Di, 24:00. der Berichtswoche Referenz-Zeitperiode: Index-Zeitperiode minus 7 Tage	Derzeit Ländermeldung via BMI Gesamtzahl Testungen (Meldeformular Zeile A) + EMS	Berechnung bezieht sich auf 2 Datenquellen, Ländermeldung an BMI und das EMS positiver Labormeldungen	Regionale Falldefinition: der Fall (positiv getestete Person) wird regional dem Bezirk des ZMR geprüften Wohnsitzes der Person zugeordnet; bei Fehlen eines ZMR registrierten Wohnsitzes wird der Bezirk des Aufenthaltes z. Zeitpunkt der Labordiagnose herangezogen
L.1.	T3	Anteil asymptomatischer Fälle	Index-Woche KW Mo – So vor Berichtswoche Referenz-Woche Index-Woche minus 7 Tage	EMS, Berichtstag Mi, 09.00	-	Regionale Falldefinition: der Fall wird regional dem Bezirk des ZMR geprüften Wohnsitzes der Person zugeordnet; bei Fehlen eines ZMR registrierten Wohnsitzes wird der Bezirk des Aufenthaltes z. Zeitpunkt der Labordiagnose herangezogen

Manual Corona Kommission

M.1.	R1	Intensivstation Auslastung	<p>Index-Zeitpunkt: Berichtstag</p> <p>Referenz- Zeitpunkt: Berichtstag minus 7 Tage</p>	<p>Zähler: Ländermeldung via BMI (Meldeformular Zeile G)</p> <p>Nenner: Regelmäßige Kapazitätsmeldung der Bundesländer an das BMSGPK (Betten auf Stationen der LKF-Stufen E0 bis E3)</p>	<p>Quellbundesland (des Patienten) und Zielbundesland (der Krankenanstalt) können abweichen; ICU-Definition der Ländermeldung (Nenner) kann von der Definition der Bettenkapazität (Zähler) abweichen</p>	Zielbundesland (Standort der Krankenanstalt)
N.1.	R2abs, R2rel	Intensivstationen Bettenbelag (absolut und je 100.000 EW)	<p>Index-Zeitpunkt: Berichtstag</p> <p>Referenz- Zeitpunkt: Berichtstag minus 7 Tage</p>	<p>Ländermeldung via BMI, Aktuelle Anzahl der belegten Intensivbetten mit bestätigten Fällen</p> <p>Nenner: Regelmäßige Kapazitätsmeldung der Bundesländer an das BMSGPK (Betten auf Stationen der LKF-Stufen E0 bis E3)</p>	<p>Quellbundesland (des Patienten) und Zielbundesland (der Krankenanstalt) können abweichen</p>	Zielbundesland (Standort der Krankenanstalt)
O.1.	R3abs, R3rel	Normalstationen Bettenbelag (absolut und je 100.000 EW)	<p>Index-Zeitpunkt: Berichtstag</p> <p>Referenz- Zeitpunkt: Berichtstag minus 7 Tage</p>	<p>Ländermeldung via BMI, Aktuelle Anzahl der belegten Normalbetten mit bestätigten Fällen (Meldeformular Zeile F),</p> <p>Bevölkerungszahl: Statistik Austria Jahresanfangsbevölkerung 2020</p>	<p>Quellbundesland (des Patienten) und Zielbundesland (der Krankenanstalt) können abweichen</p>	Zielbundesland (Standort der Krankenanstalt)

Tabelle 8:
Indikatoren, Berechnung, Aussagekraft, Interpretierbarkeit und regionale Ebene der Analyse

Nr.	Var-name	Indikatoren	Berechnung	Aussagekraft	Interpretierbarkeit	Regionale Ebene der Analyse
A.2.	U1abs	7-Tages-Fallzahl, absolut	Anzahl der Fälle mit Labordiagnose von 7 Tagen	Anzahl von laborbestätigten SARS-CoV2 Infektionen (Inzidenz = Fälle x 100.000 / EW), aufgetreten innerhalb der angegebenen 7 Tage, geben Überblick über die epidemische Lage einer Region. Anwendung der 7 Tages Fallzahl ermöglicht Glättung der wochenendbedingten Meldungs-verzögerung.	Die Interpretation ist vor dem Hintergrund der Anzahl der durchgeführten Testungen, des Anteils asymptomatischer Fälle, der Teststrategie sowie der Bevölkerungsgröße der Region anzustellen	Bund/ Land/ Bezirk
B.2.	U1rel	7-Tagesinzidenz (kumulative Inzidenz)	Zähler: Anzahl der Fälle mit Labordiagnose von 7 Tagen x 100.000 Nenner: Jahresanfangsbevölkerung 2020 (Quelle: Statistik Austria)		s.o.	Bund/ Land/ Bezirk
C.2.	U2abs	Anzahl von neuen Clustern, absolut	Anzahl von neuen Cluster pro KW (exklusive reise-assoziierte Cluster)	-	-	Bund/ Land/ Bezirk
D.2.	U2rel	Anzahl von neuen Clustern je 100.000 EW	Zähler: Anzahl von neuen Cluster pro KW (exklusive reise-assoziierten Cluster) x 100.000 Nenner: Jahresanfangsbevölkerung 2020 (Quelle: Statistik Austria)	-	-	Bund/ Land/ Bezirk
E.2.	U5abs	Anzahl der Bezirke mit neuen Clusterfällen	Anzahl der Bezirke mit Auftreten neuer Clusterfälle pro KW (gemäß zeitliche und regionale Faldefinition, s.o.)	-	-	Bund/ Land/
F.2.	U6abs	Anzahl der Clusterfall-freien Bezirke	Anzahl der Bezirke pro KW ohne neuauftretene Clusterfälle innerhalb 14 Tage nach Isolationsende des zuletzt aufgetreten Falles	-	-	Bund/ Land/

Manual Corona Kommission

G.2.	Q1-Q6	Anteil der abgeklärten Fälle: inkludiert (Def. siehe Tab. 3) (Q1, Q2) Sporadisch importierter Fall (Q6) Reise-assoziiertes Fall (Q3) Lokal erworbener Fall, mit geklärt Quelle (Q5) Fall, identifiziert durch Screening (Q4)	Zähler: Anzahl der abgeklärten Fälle pro KW Nenner: Gesamtzahl der neu identifizierten Fälle pro KW				Anmerkungen: Da dieser Indikator maßgeblich von der verfügbare Aufklärungszeit abhängig ist und für die aktuelle Kalenderwoche (KW vor Berichtswoche) nur vorläufige Daten zur Verfügung stehen können, werden 2 Datenstände dargestellt. Die Beurteilung der Entwicklung bezieht sich auf Aufklärungsstand Q1 (vergleichbarer Aufklärungszeitraumes) ¹ vorläufiger Wert, Quellensuche laufend *Die Aufschlüsselung Q3 – Q6 bezieht sich auf den Vergleich der Werte zum Datenstand aktueller Berichtstag (siehe Q2)	Der Indikator stellt die Rückverfolgbarkeit der Infektionsquellen dar.	Bund/ Land/ Bezirk	
			Var	Abgeklärte Fälle	KW 32	KW 33				KW 34
				<i>%-Anteil an neu identifizierten Fällen</i>						
			Q1	Aufklärungsstand KW bis initialer Berichtstag	xx%	xx%				66%
			Q2	Aufklärungsstand KW bis aktueller Berichtstag*	82%	85%				(166%)
				<i>*%-Anteil an neu identifizierten Fällen, nach Quellen-Kategorisierung</i>						
			Q6	Sporadisch importierter Fall	42%	45%				(10%)
			Q3	Reise-assoziiertes Fall	20%	20%				(111%)
			Q5	Lokal erworbener Fall mit geklärt Quelle	20%	20%				(151%)
Q4	Durch Screening identifizierter Fall	0%	0%	(14%)						

Manual Corona Kommission

Nr.	Varname*	Indikatoren	Berechnung	Aussagekraft	Interpretierbarkeit	Regionale Ebene der Analyse
I.2.	T1abs, T1rel	Anzahl von getesteten Personen minus der Anzahl der Screeningtests	T1abs: 7-Tages Anzahl von Testungen, gesamt (unabhängig vom Grund des Tests) minus 7-Tages Anzahl von Screening-Tests T1rel: Zähler: T1abs x 100.000 Nenner: Jahresanfangsbevölkerung 2020 (Quelle: Statistik Austria)	Der Indikator verschafft einen Überblick über die Testkapazität	Die Interpretation ist vor dem Hintergrund der Teststrategie und Screening-Strategie anzustellen.	Bund/ Land/
J.2.	T2	Anteil positiver Tests	Zähler: siehe U1abs Nenner: siehe T1abs	Der Indikator stellt die Anzahl positiv Getesteter mit der Anzahl durchgeführter Tests in Zusammenhang. Ein (problematischer) hoher Anteil kann sich durch zu wenig Tests oder durch eine entsprechend hohe Anzahl an Infizierter ergeben.	Die Interpretation ist vor dem Hintergrund der Teststrategie und Screening-Strategie sowie der allgemeinen epidemiologischen Lage anzustellen, vor allem hinsichtlich Clusteraktivität.	Bund/ Land/
K.2.	T3	Anteil asymptomatischer Fälle	Zähler: Anzahl von asymptomatischen Fällen pro KW (KWX) Nenner: Anzahl der Fälle pro selbiger KW	Der Indikator gibt einen Überblick über die klinische Manifestation des Infektionsgeschehens und die Teststrategie	Die Interpretation ist vor dem Hintergrund der Fallzahlen, der Anzahl der durchgeführten Testungen und der Teststrategie anzustellen. In der Zusammenschau mit den anderen Indikatoren lässt sich die Wahrscheinlichkeit von falsch positiven Testergebnissen beurteilen.	Bund/ Land/ Bezirk
L.2.	R1	Intensivstation Auslastung	Zähler: Anzahl der Betten auf Intensivstationen, belegt mit COVID19-Patienten am Tag X Nenner: Regelmäßige Kapazitätsmeldung der Bundesländer an das BMSGPK (Betten auf Stationen der LKF-Stufen E0 bis E3)	Der Indikator verschafft einen Überblick über die Auslastung der Intensivkapazität und dient der Unterstützung der Kapazitätsplanung	Die Interpretation ist vor dem Hintergrund der von den Bundesländern gemeldeten verfügbaren Kapazität anzustellen. Diese kann durch entsprechende Kapazitätsplanung von den Bundesländern gesteuert werden (z.B. durch das Aufschieben von planbaren Eingriffen).	Bund/ Land/

Manual Corona Kommission

Nr.	Varname*	Indikatoren	Berechnung	Aussagekraft	Interpretierbarkeit	Regionale Ebene der Analyse
M.2.	R2abs, R2rel	Intensivstationen Bettenbelag (absolut und je 100.000 EW)	R2abs: Anzahl der Betten auf Intensivstationen, belegt mit COVID19-Patienten am Tag X R2rel: Zähler: R2abs x 100.000 Nenner: Jahresanfangsbevölkerung 2020 (Quelle: Statistik Austria)	Der Indikator verschafft einen Überblick über den aktuellen Belag von Intensivstationen, der in Relation zur Fallzahl der aktiven Fälle eine Aussage über den Schweregrad des Krankheitsverlaufes ermöglicht.	Die Interpretation ist vor dem Hintergrund der Fallzahlen, der Altersstruktur der aktiven Fälle, der Anzahl der durchgeführten Testungen, des Anteils der asymptomatischen Fälle und der Teststrategie anzustellen.	Bund/ Land/
N.2.	R3abs, R3rel	Normalstationen Bettenbelag (absolut und je 100.000 EW)	R3abs: Anzahl der Betten auf Normalstationen, belegt mit COVID19-Patienten am Tag X R3rel: Zähler: R3abs x 100.000 Nenner: Jahresanfangsbevölkerung 2020 (Quelle: Statistik Austria)	Der Indikator verschafft einen Überblick über den aktuellen Belag von Normalstationen, der in Relation zur Fallzahl der aktiven Fälle eine Aussage über den Schweregrad des Krankheitsverlaufes ermöglicht.	Die Interpretation ist vor dem Hintergrund der Fallzahlen, der Altersstruktur der aktiven Fälle, der Anzahl der durchgeführten Testungen, des Anteils der asymptomatischen Fälle und der Teststrategie anzustellen.	Bund/ Land/

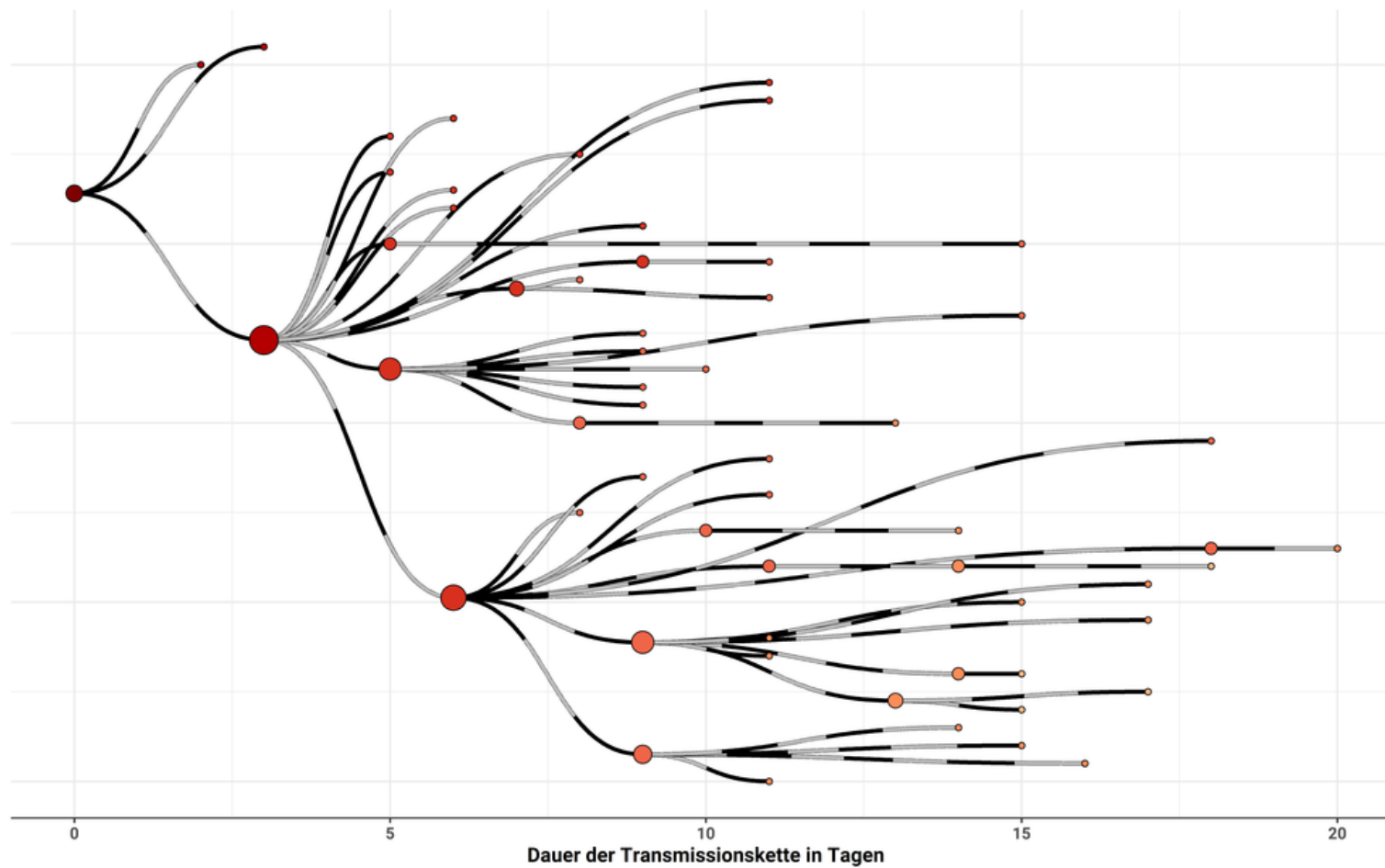
Tabelle 9:
Begrifflichkeiten, Definition und Referenzen

Nr.	Begriff	Definitionen	Erweiterte Erklärungen/ Beispiele (in Englisch) aus der Literatur	Referenz
A.3.	COVID-19	Fall einer klinisch manifesten Infektion mit SARS-CoV2	COVIDisease-19 impliziert klinisch krank	1,
B.3.	Asymptomatische SARS-CoV-2 Infektion	Fall einer asymptomatischen Infektion mit SARS-CoV2 z. Zeitpunkt der Labordiagnose		1
C.3.	Epidemiologisch assoziiert (=zusammenhängend); Synonyme: common link, epi link	Innert 14 d vor EK-Beginn/ LabDiagDatum Tröpfchen-, Aerosol-, „kissing“-Kontakt, Schmierkontakt mit labor-bestätigtem Fall Innert 14 d vor EK-Beginn/ LabDiagDat. Teil eines „superspreading event“ od. „superspreading setting“ ohne dass ein Direktkontakt mit einem labor-bestätigten Fall ausfindig gemacht werden kann		1, 2, 3
D.3.	Cluster	Häufung von 2 oder mehr laborbestätigten Fällen einer SARS-CoV2-Infektion, die miteinander epidemiologisch assoziiert sind	As per the Guidelines for the Investigation and Control of Disease Outbreaks (ESR 2012), any two or more linked COVID-19 cases (2)	1, 2
E.3.	Transmissionskette	Ein Cluster, der auf Basis der Information zum Erkrankungsbeginn der Clusterfälle unter Mit-Einbeziehung der international-konsensual derzeit akzeptierten COVID-19 spezifischen Epi-Kennzahlen, dem seriellen Intervall und der Inkubationszeit, in eine Kette von Transmissionen, bestehend aus Primärgeneration und deren Folgegenerationen, aufgelöst werden kann	Transmissionskette (Siehe Abbildung 1)	7
F.3.	Start des Cluster, angegeben mit KW	KW der Labordiagnose des(r) wahrscheinlichen Primärfalles/ Quellenfalles des Cluster		
G.3.	Ende des Cluster, angegeben mit KW	KW des zuletzt aufgetreten Falles; dieser ist definiert als jener, nach dessen Isolationsende innerhalb der folgenden 14 Tage kein weiterer Clusterfall mehr auftritt	No test-confirmed cases with illness onset dates in the last 14 days (1); no new cases for 28 days after last case recovery date (2)	1, 2
H.3.	Sporadisch (einzeln) importierter Fall	Importierter Fall: innerhalb der 14 Tage vor Erkrankungsbeginn/ Labordiagnosedatum bei asymptomatischen Fällen Aufenthalt außerhalb AT (=epidemiologisch relevante internationale Reisehistorie)	Imported cases: Cases with a reported history of international travel within 14 days of onset	2
I.3.	Reise-assoziiertes Fall	Lokaler Fall, der epidemiologisch assoziiert (s.o.) ist mit einem importierten Fall via direkten Kontakt od. der Teil eines „superspreading event“ war, ausgehend von einem importierten Fall (i.e. reise-assoziiertes lokaler Cluster), Fall einer lokalen Transmissionskette, ausgehend von einem importierten Fall (siehe Def. Reise-assoziiertes lokaler Cluster); in beiden Szenarien wird der Cluster-Quellenfall als reise-assoziiertes Fall gezählt. Fall eines reise-assoziierten Clusters (siehe Def. Reise-assoziiertes Cluster)	Import-related cases: Cases that have a reported link (close contact or epidemiological link) to an imported case.	2

Manual Corona Kommission

Nr.	Begriff	Definitionen	Erweiterte Erklärungen/ Beispiele (in Englisch) aus der Literatur	Referenz
J.3.	Lokal erworbener Fall, mit geklärter Quelle	Fall einer lokalen Übertragung (geklärter lokaler Clusterfall): Fall epidemiologisch assoziiert (s.o.) mit einem lokal erworbenen Fall oder Teil eines lokalen „superspreading Events“ (siehe Def. lokaler Cluster)	Locally acquired case, epidemiologically linked: Cases that have a reported link (close contact or other epidemiological link) to a locally acquired case	2
K.3.	Lokal erworbener Fall, Quelle ungeklärt	Fall ohne Kenntnis einer epidemiologischen Assoziation mit einem lokal erworbenen Fall (i.e. Qu4) UND keine relevante internationale Reisehistorie (Def. s.o.)	Locally acquired case, source unknown: Cases that have no reported history of international travel within 14 days of onset and no recorded epidemiological link to a source case.	2
L.3.	Reise-assoziiertes Cluster = Gruppe von Fällen mit gemeinsamer Infektionsquelle im Ausland	Häufung von importierten Fällen mit selber epidemiologisch relevanter internationaler Reisehistorie (=gemeinsame Infektionsquelle im Ausland während gemeinsamen Aufenthaltes)		
M.3.	Lokaler Cluster	Häufung von epidemiologisch assoziierten, lokal erworbenen Fällen WOBEI der Primärfall / Quellenfall des Cluster ein lokal erworbener Fall ungeklärter Quelle ist (Zähle diesen zu „Fälle ungeklärter Quelle“ ⁹ Settings der lokalen Verbreitung werden klassifiziert in: – Familiär/Haushalt – Arbeitsstätte – Schule/Kindergarten/ – Bildungseinrichtungen andere als Schule/KiGa – Krankenhaus – Pflege-/Alten-/Seniorenheim – Freizeit (i.e. Sport, Tanz, Unterhaltung, Aufenthalt in Gastronomiebetrieben, Party, Konzert, etc.)	Primär bestimmt das Setting des hauptsächlichen Transmissionsgeschehens die Klassifikation, wobei natürlich auch mehr als ein Setting betroffen sein kann z.B. Mix: Arbeitsstätte-Haushalt Mix: Arbeitsstätte-Freizeit Setting Krankenhaus inkludiert derzeit auch Fälle von KH-Personal; Änderungen dieser Definition empfehlenswert: Zuordnung des Falles bei Personal zum Setting Arbeitsstätte und Zuordnung des Falles bei Patient entsprechend ECDC Definition (6): Community-associated COVID-19 (CA-COVID-19) Indeterminate association (IA-COVID-19): Probable healthcare-associated COVID-19 (HA-COVID-19) Definite HA-COVID-19	1, 2, 3, 6
N.3.	Reise-assoziiertes lokales Cluster	Häufung von epidemiologisch assoziierten, lokal erworbenen Fällen MIT importiertem Fall als Quellenfall des Clusters. Die Settings der lokalen Verbreitung klassifiziert s.o.		
O.3.	Covid-19-Todesfall	Definiert für Surveillance-Absichten: Covid-19-Todesfall definiert als jenen Fall von laborbestätigter SARS-CoV2 Infektion mit Ausgang Tod, wobei die SARS-CoV2 Infektion die zugrundeliegende Ursache oder die mit zum Tod führende Ursache sein kann; Fälle, bei denen keine gesicherten Angaben zu einer dieser Kriterien vorliegen, werden ebenfalls inkludiert.	A COVID-19 death is defined for surveillance purposes as a death resulting from a confirmed case of COVID-19 infection (including also the asymptomatic infection detected by screening or contact person testing), unless there is a clear alternative cause of death that cannot be related to COVID-19 disease (e.g. trauma). There should be no period of complete recovery between the illness and death	8
P.3.	Umfeld-Screening	Testen auf SARS-CoV2 bei Kontaktpersonen von laborbestätigten Fällen (i.e. epidemiologisch assoziierte Personen ohne COVID vereinbare Klinik)		
Q.3.	Screening	Testen auf SARS-CoV2 bei Personen, die weder die Definition eines klinischen Verdachtsfalles noch die einer Kontaktperson erfüllen		
R.3.	Bevölkerungszahl	Jahresanfangsbevölkerung 2020 (Quelle: Statistik Austria)		

Abbildung 4: Transmissionsketten



Anzahl der Folgefälle • 0 ● 5 ● 10 ● 15

Generation I II III IV V VI

1 Tag

Erstellt mit: R, ggplot2, ggraph | Quelle: AGES, EMS | Datenstand: 16.04.2020

Quelle: AGES, EMS

3. Referenzen

(1) PH England. Guidance, COVID-19: Epidemiological definitions of outbreaks and clusters in particular settings, Updated 21 August 2020; <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control/epidemiological-definitions-of-outbreaks-and-clusters-in-particular-settings>

(2) Ministry of Health. New Zealand Government. COVID-19 cluster investigation and control guidelines, 22 May2020; <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/cluster-investigations-22may20.pdf>

(3) COVID19 Cluster FAQs, July 16, 2020; <https://www.tn.gov/content/dam/tn/health/documents/cedep/novel-coronavirus/COVID19-Cluster-FAQs.pdf>

(4) European Centre for Disease Prevention and Control. Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update, 8 April 2020. Stockholm: ECDC; 2020.; https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Contact-tracing-Public-health-management-persons-including-healthcare-workers-having-had-contact-with-COVID-19-cases-in-the-European-Union-second-update_0.pdf

(5) Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK –eleventh update, 10 August 2020. Stockholm: ECDC; 2020; <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-20200810.pdf>

(6) Surveillance definitions for COVID-19. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/surveillance-definitions>

(7) Kreidl P, Schmid D, Maritschnik S, Richter L, Borena W, Genger JW, Popa A, Penz T, Bock C, Bergthaler A, Allerberger F. Kreidl P, et al. Wien Klin Wochenschr. 2020 Aug 20. doi: 10.1007/s00508-020-01723-9. Online ahead of print. Wien Klin Wochenschr. 2020. PMID: 32816114 [Emergence of coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) in Austria.](#)

(8) Estimating mortality from COVID-19. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/estimating-mortality-from-covid-19>