

Österreichische Teststrategie

SARS-CoV-2

Version vom 13.10.2020

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

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

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Wien, 2020

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, 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 sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des 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.

Bestellinfos: Kostenlos zu beziehen über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter der Telefonnummer 01 711 00-86 2525 oder per E-Mail unter broschuerenservice@sozialministerium.at.

Inhalt

Kurzfassung	4
Abkürzungsverzeichnis.....	7
1 Hintergrund.....	8
2 Testmethoden SARS-CoV-2	10
2.1 PCR-Tests	10
2.2 Antigen-Tests	11
2.2.1 Testverlässlichkeit und Durchführung.....	11
2.2.2 Anwendungsgebiete	12
2.2.3 Meldeverpflichtung	14
2.3 Antikörper-Tests	15
2.3.1 Serologische Testverfahren	15
2.4 Maßnahmen zur Qualitätssicherung	17
3 Zielsetzungen und Struktur der österreichischen Teststrategie SARS-CoV-2	18
3.1 Rechtliche Basis der österreichischen Teststrategie SARS-CoV-2	19
3.2 Personen mit Symptomen bzw. Infektionsverdacht	20
3.2.1 Personen mit COVID-19-Symptomen	20
3.2.2 Kontaktpersonen und ihre Nachverfolgung (Contact Tracing).....	21
3.3 Screening und Monitoringprogramm	21
3.3.1 Kostentragung und Abrechnung der Screeningprogramme mit dem Bund	23
3.3.2 Programmlinie 1 – Screening von Berufsgruppen in Alten- und Pflegeheimen..	23
3.3.3 Programmlinie 2 – Screenings von Berufsgruppen im Gesundheitsbereich.....	24
3.3.4 Programmlinie 3 – Zielgruppenspezifische Screenings	26
3.3.5 Programmlinie 4 – Epidemiologische Situation in Österreich.....	27
3.4 Screenings im Auftrag von Privatpersonen oder Einrichtungen	28

Kurzfassung

Testen ist ein essentieller Bestandteil des Österreichischen Aktionsplans zur Pandemiebekämpfung. Durch Testen wird die Erfassung von infizierten Personen möglich und ist daher eine Grundlage für eine Unterbrechung von Infektionsketten und für einen Schutz vor Überlastung unseres Gesundheitssystems.

Essentieller Teil zur optimalen Identifizierung, Isolierung und Behandlung von COVID-19-Patientinnen und –Patienten ist das breite Angebot von Testmöglichkeiten. In Österreich wurde dieses Vorgehen seit Beginn der Pandemie verfolgt und die Testkapazitäten wurden seither ausgebaut.

Veränderungen der Virusaktivität können jederzeit plötzlich und regional unterschiedlich auftreten - die epidemiologische Situation stellt keine Konstante dar. Zudem gibt es laufend neue Erkenntnisse aus der Wissenschaft zu den Eigenschaften des Virus sowie neue Arten des Virusnachweises durch unterschiedliche Testsysteme. Dies erfordert mitunter unmittelbare Anpassungen der nationalen Teststrategie und impliziert einen dynamisch-adaptiven Prozess.

Bei der Anwendung von Tests ist ein zielgerichtetes Vorgehen essentiell, da Testkapazitäten limitiert sind. Ein COVID-19 Test kann eine mögliche Infektion lediglich zum Testzeitpunkt feststellen. Negative Ergebnisse können ein falsches Sicherheitsgefühl vermitteln und sollen nicht zur Vernachlässigung der empfohlenen Maßnahmen führen. Ein Ansatz zur Risikominderung für Bürgerinnen und Bürger umfasst daher sowohl Testungen als auch Aufklärung über die Fachstellen, die bei relevanten COVID-19-Symptomen zu kontaktieren sind (Anruf bei 1450 bzw. Hausärztinnen und –ärzten) sowie Informationen über Hygiene- und Abstandsregeln. Testen ohne begründeten Verdacht erhöht außerdem die Anzahl falsch-positiver Ergebnisse und belastet die vorhandene Testkapazität. Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hat eine zielgerichtete Teststrategie entwickelt, die sich an den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts¹ und des ECDCs orientiert.

¹ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Nat-Teststrat.html

Folgende Personen werden von der österreichischen Teststrategie erfasst:

1. **Symptomatische Personen**, d.h. Personen mit jeglichen akuten respiratorischen bzw. COVID-19-typischen Symptomen (hohes Fieber), inklusive jedem ärztlich begründeten Verdachtsfall.
2. **Kontaktpersonen**: alle engen Kontaktpersonen bestätigter COVID-19-Fälle, zum Beispiel Mitglieder desselben Haushalts.
3. **Personen ohne Symptome bzw. ohne Infektionsverdacht**, die im Rahmen der freiwilligen Screeningprogramme laut Epidemiegesetz getestet werden:
 - Im Bereich der Versorgung von älteren Personen und Risikogruppen, insbesondere in Alten- und Pflegeheimen
 - Im Bereich des Gesundheitswesens; inkl. Reiserückkehrerinnen und Reiserückkehrern, die im Gesundheitswesen arbeiten
 - In sonstigen Einrichtungen und Betrieben, in denen es aufgrund einer erhöhten Risikosituation zu vermehrten Infektionen kommen kann

Übersicht – Österreichische Teststrategie SARS-CoV-2



Darstellung angelehnt an: Nationale Teststrategie, Robert Koch Institut

Legende:
DINÖ = Diagnostisches Influenzanzetzwerk Österreich

EpiG § 5 = Erhebungen über das Auftreten einer Krankheit, verpflichtende Testung
EpiG § 5a = Screeningprogramme, freiwillige Testung

KH = Krankenhausfinanzierung

* Risikobasierter Ansatz umfasst eine kontinuierliche Screeningevaluation und Programm-/Stichprobenanpassung

Abkürzungsverzeichnis

BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
COVID-19	coronavirus disease 2019, deutsch: Coronavirus-Krankheit-2019
DINÖ	Diagnostisches Influenznetzwerk Österreich
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control, deutsch: Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten

1 Hintergrund

Im vorliegenden Dokument präsentiert das österreichische Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) die österreichische Teststrategie SARS-CoV-2 zum Nachweis von SARS-CoV-2-Erregern und -Antikörpern. Die beiden Vorgänger-Dokumente des BMSGPK, „Empfehlungen zur PCR Testung auf Infektion mit SARS-CoV-2“² vom 29. April 2020 sowie „Anwendungsempfehlungen für den Nachweis von Antikörpern bei SARS-CoV-2“³ vom 14. Mai 2020, wurden integriert. Das vorliegende Dokument diskutiert und berücksichtigt aktuelle Entwicklungen und wissenschaftliche Erkenntnisse zu SARS-CoV-2-Testungen und ist an interessierte Bürgerinnen und Bürger ebenso wie die Fachöffentlichkeit und die Medien adressiert.

Die Inhalte der vorliegenden Strategie orientieren sich an den Empfehlungen des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und des Robert-Koch-Instituts, der deutschen Bundesoberbehörde für Infektionskrankheiten.

Die Testungen von symptomatischen Personen bzw. von Verdachtsfällen bilden die Kernstücke der vorliegenden Teststrategie. Zusätzlich zu diesem ausbruchsbezogenen bzw. diagnostischem Testen soll durch ein Testprogramm mittels Screeninguntersuchungen ein begleitendes Frühwarnsystem geschaffen werden.

Vor diesem Hintergrund verfolgt die österreichische Teststrategie das primäre Ziel mittels Testungen und Begleitmaßnahmen, die Ausbreitung und Übertragung von COVID-19-Infektionen (im Sinne von Infektionsherden bzw. Clustern) möglichst früh zu erkennen und rasch einzudämmen. Der Schutz der Gesamtbevölkerung, von Personen mit Risikofaktoren und von kritischer Infrastruktur ist ein weiteres zentrales Ziel der nationalen Teststrategie. Darüber hinaus soll eine solide Datenbasis für die Beurteilung der Infektionslage

² Vgl. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:028eb51d-67d8-4c3e-9d73-4bdceb3adc67/Empfehlungen%20zur%20PCR%20Testung%20auf%20Infektion%20mit%20SARS_290420.pdf
Dokument vom 14. Mai 2020

³ Vgl. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:1fbf5e25-85a3-4bd7-b03c-483e76666541/200514_Anwendungsempfehlungen%20f%C3%BCr%20den%20Nachweis%20von%20Antik%C3%B6rpern%20bei%20SARS-CoV-2.pdf

geschaffen werden, um eine Entscheidungsgrundlage für Maßnahmen sowie für Modellierungen bereitzustellen.

Prinzipiell empfiehlt die WHO das Forcieren von Maßnahmen zur optimalen Identifizierung, Isolierung, Behandlung und Versorgung von COVID-19-Patientinnen und Patienten. Das breite Aufstellen von Testmöglichkeiten ist integraler Teil eines Maßnahmenbündels zur Eindämmung der Virusausbreitung und somit zur Verhinderung eines Lockdowns. In Österreich wurde dieses Vorgehen seit Beginn der Pandemie umgesetzt und die Testkapazitäten weiter ausgebaut. Neben dem Testen von Personen mit Infektionsverdacht spielt die Kontaktpersonenerhebung eine entscheidende Rolle bei der Eindämmung der Virusausbreitung - auch hier wurden Maßnahmen gesetzt, um die Ressourcen für die Kontaktpersonenerhebung und Testung der Kontaktpersonen innerhalb der Bundesländer zu erhöhen. Die österreichische Teststrategie ist daher eng mit Maßnahmen, wie Einhaltung von Hygiene- und Abstandsregeln, Mund-Nasen-Schutz, Kontaktpersonenerhebung, Isolierung etc. verschränkt.

Dieses Dokument wird daher regelmäßig auf den neuesten Stand gebracht und aktualisiert.

2 Testmethoden SARS-CoV-2

Das Forschungsfeld Testmethoden ist ein sehr dynamisches. Den internationalen Goldstandard zur Diagnose einer Infektion mit SARS-CoV-2 stellt der Nachweis mittels PCR-Testung dar. Weitere vorherrschende Methoden, mit denen Personen auf Covid-19 getestet werden können, sind Antigen- und Antikörpertests. Während Ergebnisse eines PCR-Tests oder eines Antigen-Tests eine Momentaufnahme des Infektionsstatus der getesteten Person darstellen, liefert ein Antikörper-Test den Nachweis einer antiviralen Immunantwort und somit Informationen über eine länger zurückliegende Infektion mit SARS-CoV-2.

2.1 PCR-Tests

Mit einem PCR-Test (Polymerase-Kettenreaktion) wird das Ziel verfolgt, die ehestmögliche Identifizierung und Absonderung von Personen, welche an COVID-19 erkrankt bzw. mit SARS-CoV-2 infiziert sind, zu ermöglichen. Wesentlich dabei ist, dass der PCR-Test eine Momentaufnahme des Infektionsstatus der getesteten Person darstellt. Ebenso bedeutet ein einmalig negatives PCR-Ergebnis nicht, dass eine SARS-CoV-2-Infektion zu 100 % ausgeschlossen werden kann. PCR-Tests können in der Frühphase der COVID-19-Erkrankung das Virus - abhängig von der Qualität der Probe - mit hoher Genauigkeit nachweisen. Ein positives Testergebnis bedeutet, dass bei der getesteten Person eine SARS-CoV-2-Infektion erfolgt ist. Eine Infektion bedeutet jedoch nicht in jedem Fall das Auftreten von COVID-19-Symptomen und auch nicht, dass die Person noch infektiös ist. Aus diesem Grund wird zwischen symptomatischen und asymptomatischen Verläufen unterschieden. Der PCR-Test erfasst einen Ist-Stand, daher kann er innerhalb weniger Tage unterschiedliche Ergebnisse bringen.

Bei den derzeit üblichen PCR-Testverfahren werden die genetischen Informationen des Virus aus geringen Probenmengen in mehreren Zyklen vervielfältigt. Dadurch dauert es im Vergleich zu Standarduntersuchungen auch länger bis die Laborergebnisse vorliegen. Die Durchführung der hochempfindlichen Tests erfolgt in Speziallabors.

Für den direkten Nachweis des SARS-Cov-2-Virus bzw. der Proteinhülle kann unterschiedliches Probenmaterial herangezogen werden, wobei hier – je nach

Infektionsstadium - Abstriche der oberen bzw. unteren Atemwege durchgeführt werden. Ob und wieviel infektiöses Material bei einem Abstrich gewonnen werden kann, hängt maßgeblich von der Viruslast bzw. Virusausscheidung ab. Ein kombinierter Nasen-Rachen-Abstrich liefert jedenfalls das zuverlässigste Probenmaterial.

Eine Alternative zum Rachenabstrich stellt die Probennahme mittels Gurgeln (Rachenspülung) dar. Der Vorteil dieser Methode im Vergleich zum Rachenabstrich ist, dass zur Probenentnahme keine ausgebildete Fachkraft erforderlich ist und von allen Personen - auch von Kindern, die das Gurgeln erlernt haben - durchgeführt werden kann. Die Test-Genauigkeit ist bei korrekter Test-Durchführung mit jener von Rachenabstrichen vergleichbar. Eine korrekte Test-Durchführung setzt voraus, dass die Probandinnen und Probanden nüchtern zur Probeentnahme erscheinen und davor nicht Zähne putzen. Die Gurgellösung muss mindestens eine Minute lang im Rachen gegurgelt werden. Da es beim Gurgeln zu einem hohen Aerosolausstoß kommt, sind besondere Hygiene-Maßnahmen zu treffen. Für Anwesende ist beim Beaufsichtigen von gurgelnden Probandinnen und Probanden eine FFP2-Maske sowie ein Augenschutz zu tragen. Wenn die Probandinnen und Probanden die Gurgel-Lösung in einem Innenraum gurgeln, ist der Raum nach der Probeabnahme stoßzulüften. Darüber hinaus ist bei einer eventuellen Kontamination des Probengefäßes (außen) oder der Umgebung eine Flächendesinfektion durchzuführen.

2.2 Antigen-Tests

Neben dem PCR-Test besteht mit dem Antigen-Test eine weitere Möglichkeit eines direkten Erregernachweises. Im Unterschied zu PCR-Tests wird bei Antigen-Tests nicht das Erbgut des Virus nachgewiesen, sondern dessen Protein bzw. Proteinhülle (i.e. Antigen). Innerhalb kurzer Zeit (15 bis 20 Minuten) können virale Antigene nachgewiesen werden. Damit ergibt sich eine weitere Testoption für den Nachweis von SARS-CoV-2-Infektionen für Ärztinnen und Ärzte und für medizinisches Fachpersonal unter ärztlicher Supervision.

2.2.1 Testverlässlichkeit und Durchführung

Bei der Anwendung von Antigen-Tests sind die Angaben zur Sensitivität und Spezifität der unterschiedlichen Hersteller zu beachten. Wie bei einem PCR-Test erfolgt die Abstrichnahme über Nasen-Rachen-Abstrich. Das Ergebnis ist vom befundenden medizinischen Fachpersonal streng mit den Krankheitszeichen und der Vorgeschichte der Patientin bzw. des Patienten sowie der Vortestwahrscheinlichkeit (erwartete Prävalenz in

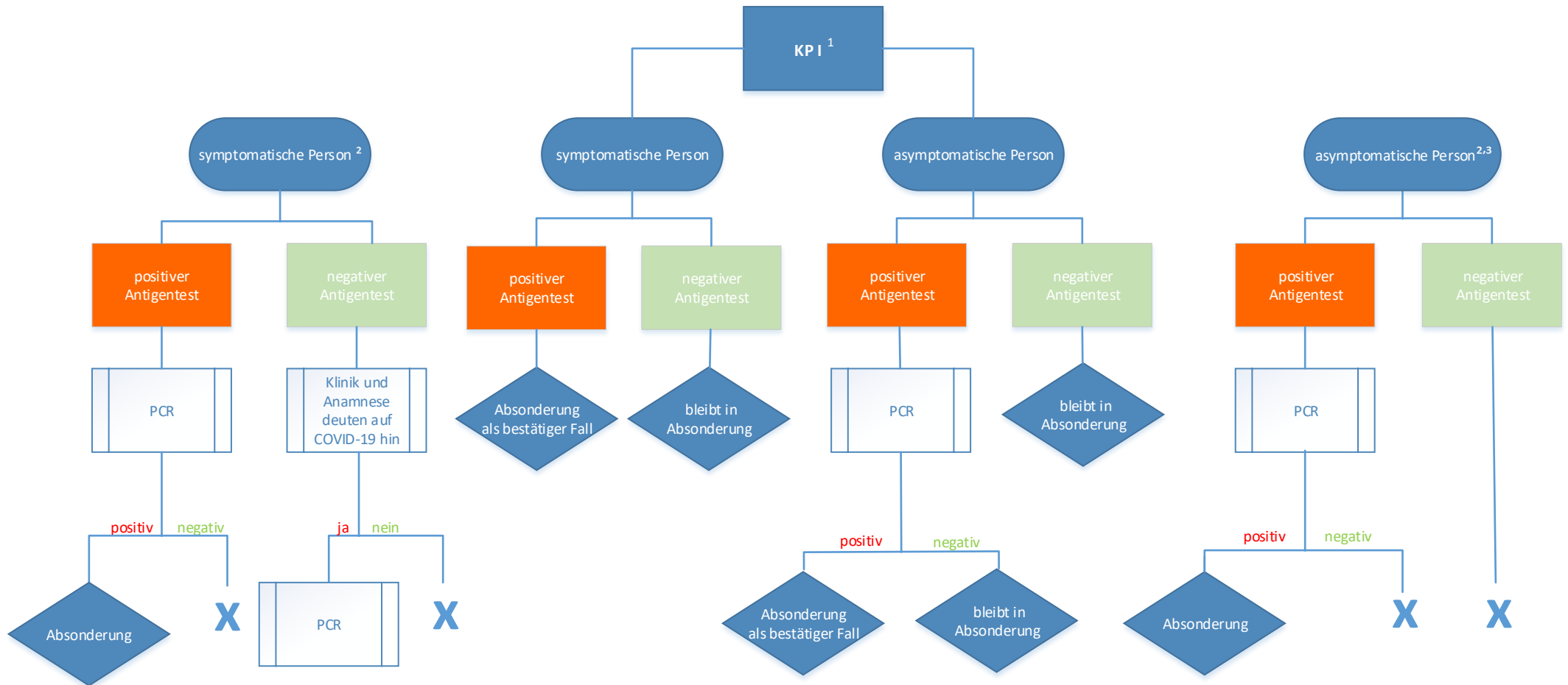
der jeweiligen Personengruppe) in Kontext zu setzen. Daher sollten Antigen-Tests zum gegenwärtigen Zeitpunkt ausschließlich unter ärztlicher Supervision durchgeführt werden, um eine korrekte Probenentnahme, Interpretation der Ergebnisse und Meldung sicherzustellen. Die derzeit am Markt befindlichen Produkte dürfen nur durch medizinisches Fachpersonal angewendet werden.

Die Sensitivität der aktuell verfügbaren Antigen-Tests weicht nach bisherigen Erfahrungen von den Herstellerangaben ab. Vor diesem Hintergrund sollten insbesondere negative Ergebnisse bei symptomatischen Patienten und Patientinnen unter Einbeziehung von Klinik und Anamnese beurteilt werden. Gegebenenfalls sollte hier bei weiterbestehendem dringenden Verdacht eine PCR-Testung nachgestellt werden.

2.2.2 Anwendungsgebiete

Aufgrund der schnell verfügbaren Ergebnisse ergeben sich für Antigen-Tests insbesondere Anwendungsgebiete in denen eine rasche Ersteinschätzung notwendig ist:

1. Für symptomatische Personen als „Point of Care“-Test im medizinischen Versorgungsbereich und bei symptomatischen Kontaktpersonen der Kategorie I zur raschen Ausschlussdiagnose einer SARS-CoV-2-Infektion. Die richtige Interpretation durch klinisches Fachpersonal ist vor allem bei negativen Testergebnissen und symptomatischen Patientinnen und Patienten notwendig. Positive Ergebnisse sind jeweils durch eine PCR-Testung zu bestätigen (Ausnahme: positives Antigen-Testergebnis einer symptomatischen Kontaktperson der Kategorie I).
2. Für asymptomatischen Personen im Rahmen von Ausbruchsmanagement, Testungen von Hochrisiko-Kontaktpersonen und Einsatz als Screeningtest in Einrichtungen mit besonders exponiertem Personal (v.a. Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen). Positive Ergebnisse sind jeweils durch eine PCR-Testung zu bestätigen (Ausnahme: positives Antigen-Testergebnis einer symptomatischen Kontaktperson der Kategorie I).



¹ lt. Dokument Behördliche Vorgehensweise bei SARS-CoV-2 Kontaktpersonen: Kontaktpersonennachverfolgung

²: ausgenommen KP1

³: im Rahmen von Screenings nach § 5a Epidemiegesetz bzw. Ausbruchsabklärungen in einem Betrieb

Daraus ergeben sich insbesondere folgende Einsatzbereiche:

- in der hausärztlichen Primärversorgung bei Personen mit COVID-19-Symptomen entsprechend der Falldefinition;
- in Spitalsambulanzen, vor Aufnahme von Patientinnen und Patienten mit COVID-19-Symptomen entsprechend der Falldefinition;
- in Alten- und Pflegeheimen zur schnellen Abklärung von Verdachtsfällen (Gesundheitspersonal)
- in Schulen zur schnellen Abklärung von Verdachtsfällen (Anwendung durch Schulärztinnen/-ärzten und Hausärztinnen/-ärzten)

Im Folgenden soll der Algorithmus und Entscheidungsbaum (siehe Seite 13) zur Diagnosefindung kurz erklärt werden:

Positive Antigen-Testergebnisse müssen in jedem Fall mit einer PCR-Testung bestätigt werden. Eine Ausnahme stellt ein positives Antigen-Testergebnis bei symptomatischen Kontaktpersonen der Kategorie I dar. Dieses muss nicht mehr mittels PCR-Testung bestätigt werden, sondern führt dazu, dass diese weiterhin abgesondert bleibt und nunmehr als bestätigter Fall die behördliche Kontaktpersonennachverfolgung auslöst.

Bei negativen Antigen-Testergebnissen können Ärztinnen und Ärzte aufgrund eines weiter fortbestehendem klinischen und/oder anamnestischen Verdachtes einen nachfolgenden PCR-Test in Erwägung ziehen. Insbesondere bei typischer Klinik und Kontakt mit einer auf COVID-19 positiv getesteten Person oder einer Verschlechterung der Symptomatik ohne andere begründbare Ursache sollte bei einem negativen Ergebnis ein zusätzlicher PCR-Test durchgeführt werden. In den übrigen Fällen wird ein negatives Antigen-Testergebnis nicht mittels PCR-Test bestätigt.

2.2.3 Meldeverpflichtung

Ein positiver Antigentest löst die Meldeverpflichtung gemäß § 2 Epidemiegesetz aus. Meldepflichtige Personen (v.a. Ärztinnen und Ärzte) müssen demnach einen positiven Antigen-Test als Covid-19-Verdachtsfall an die Bezirksverwaltungsbehörde melden. Da das Antigen-Testergebnis mittels PCR-Test bestätigt werden muss (Ausnahme: positives Antigen-Testergebnis einer symptomatischen Kontaktperson der Kategorie I), erfolgt eine zweite Meldung bei Vorliegen des PCR-Testergebnisses über das Labor. Damit werden die getroffenen Maßnahmen bestätigt oder der Verdachtsfall aufgehoben.

2.3 Antikörper-Tests

Durch den Einsatz von Antikörper-Tests im Rahmen von wissenschaftlichen bzw. Monitoring-Untersuchungen können Informationen über die Dunkelziffer bzw. den Anteil an asymptomatischen oder atypisch verlaufenen Infektionen gewonnen werden. Mit den Testdaten kann die Qualität der Modellrechnungen verbessert und die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüft werden.

Viele der derzeit verfügbaren Antikörpertests können nur Auskunft darüber geben, ob eine positiv getestete Person schon einmal infiziert war. Aus heutiger Sicht ist es noch unklar, inwieweit Antikörpernachweise eine verlässliche Aussage über eine protektive Immunität gegenüber einer spezifischen Infektion treffen können. Zudem ist die Aussagekraft eines positiven Antikörperbefundes von der Rate an falsch-positiven Testergebnissen (Spezifität) des jeweiligen Antikörper-Tests und der Prävalenz der Erkrankung abhängig.

2.3.1 Serologische Testverfahren

Mehrere unterschiedliche Testverfahren auf Antikörper werden derzeit untersucht. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die unterschiedlichen Tests unterschiedliche Interpretationen erlauben:

- Point-of-Care-Tests (sogenannte „Schnelltests“/lateral-flow-tests) basieren großteils auf dem Colloidal-Gold-Immunoassay-Verfahren (GICA-Verfahren) und zeigt das Vorhandensein von Antikörpern. Je nach Qualität des Schnelltests sind auch Kreuzreaktionen mit anderen humanen Coronaviren möglich. Bei einem positiven Testergebnis sollten unbedingt noch weiterführende Antikörpertests mit höherer Aussagekraft (ELISA- oder Neutralisationstest) zur Ergebnisbestätigung durchgeführt werden.
- Enzyme-Linked-Immunoassay-Verfahren (ELISA-Verfahren), Chemilumineszenz-Immuno-Assay-Verfahren (CLIA-Verfahren) oder vergleichbare Technologien zeigen das Vorhandensein erregerspezifischer Antikörper - diese sind auch quantifizierbar. ELISA-Tests lassen zumeist keine Aussage über die Eigenschaften der gemessenen Antikörper (neutralisierend/nicht neutralisierend) und den quantitativen Anteil der verschiedenen Antikörperqualitäten in der Probe zu.
- Neutralisationstests (NT) sind Tests auf neutralisierende Antikörper. Sie können Auskunft über eine allfällige Immunantwort hinsichtlich eines spezifischen

Infektionserregers geben. Neutralisierende Antikörper gelten als Surrogatmarker für Immunität und geben einen Hinweis auf bereits gebildete SARS-CoV-2-Antikörper. Derzeit ist jedoch nur eine eingeschränkte quantitative Aussage (Dauer und Belastbarkeit) hinsichtlich einer Immunität möglich. Die Durchführung von Neutralisationstests muss in speziellen Laboren erfolgen, da mit einem infektiösen Virus gearbeitet wird. Neutralisationstests werden aus heutiger Sicht auch in Zukunft nur in sehr begrenztem Ausmaß zur Verfügung stehen und sind für eine breite Anwendung nicht geeignet.

Tabelle 1: Vergleich der verschiedenen Testverfahren

Test	Ort der Anwendung	Dauer	Interpretation	Was der Test nicht sagt:
Schnelltest – GICA	Point-of-Care-Diagnostik/ dezentrale Diagnostik	10 – 30 Minuten	Vorhandensein oder Fehlen der Antikörpern gegen das Virus im Serum einer Patientin/eines Patienten	Ob diese Antikörper eine Immunität anzeigen, also einen Schutz vor zukünftigen Infektionen bedeuten oder ob die Antikörper SARS-CoV-2-spezifisch sind
ELISA, CLIA o.ä.	Laborbasiert	Wenige Stunden	Vorhandensein oder Fehlen von Antikörpern gegen das Virus im Serum eine Patientin/einer Patienten	Ob die Antikörper eine Immunität anzeigen, also einen Schutz vor zukünftigen Infektionen bedeuten
NT	Laborbasiert, nur Speziallabore	3 – 5 Tage	Vorhandensein von Antikörpern im Serum, die das Viruswachstum in einem Zellkultursystem hemmen können Wirken die Antikörper gegen Viren?	Keine Aussage über Dauer der Immunität und deren Belastbarkeit

Weitere Informationen zum Thema Testung von der Österreichischen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und klinische Chemie finden Sie hier:

<https://www.oeglmkc.at/corona.html>

2.4 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Labortests dürfen in Österreich und in der EU nur CE-gekennzeichnet in Verkehr gebracht werden. Entsprechend der IVD-Richtlinie 98/79/EG (In-vitro-Diagnostika-Richtlinie) muss der Hersteller, um das CE-Zeichen auf COVID-19-Tests anbringen zu können, die Leistungsmerkmale der Medizinprodukte (Reagenzien bzw. Geräte zur In-vitro-Diagnostik) angeben und in einer Konformitätserklärung die Einhaltung der Anforderungen der Richtlinie 98/79/EG bestätigen.

Bei Produkten zur Verwendung durch Angehörige der Gesundheitsberufe erfolgt die Beurteilung der Konformität der Produkte mit den Anforderungen der IVD-Richtlinie in alleiniger Verantwortung des Herstellers. Produkte zur Verwendung durch Laien (Produkte zur Eigenanwendung oder Selbsttests) müssen zusätzlich von einer Drittstelle (einer benannten Stelle) beurteilt werden. Während die meisten CE-gekennzeichneten Schnelltests mit dem EU-Recht im Einklang stehen, gibt es Fälle mit unvollständigen technischen Dossiers.

Aufgrund der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen sind fachärztlich geführte humanmedizinische Labore zu Maßnahmen der Qualitätssicherung verpflichtet. „Die Verlässlichkeit von Laboruntersuchungen ist durch die nachweisliche Teilnahme an Ringversuchen oder durch ähnliche zur Verfügung stehende Methoden zu überprüfen“ (§ 14). Ein Ringversuch ist eine Methode der externen Qualitätssicherung für Messverfahren sowie Mess- und Prüflaboratorien. Die Durchführung der Ringversuche erfolgt nach dem Standard ISO 17043:2010, die Ermittlung der Zielwerte folgt dem Standard ISO 13528:2015.

3 Zielsetzungen und Struktur der österreichischen Teststrategie SARS-CoV-2

Die Teststrategie Österreich basiert auf zwei wesentlichen Säulen:

1. Testungen von symptomatischen Personen bzw. von Personen mit Infektionsverdacht und deren Kontaktpersonen;
2. Testungen von Personen ohne Symptome im Rahmen von Screeningprogrammen.

Vor diesem Hintergrund verfolgt die Teststrategie des BMSGPK österreichweit folgende Ziele:

- Symptomatische Personen sollen rasch identifiziert werden, um entsprechende Maßnahmen für die betroffenen Personen, die Kontaktpersonen bzw. für die Bevölkerung ergreifen zu können. Dadurch sollen neue Infektionsherde möglichst frühzeitig erkannt werden, um sie rasch eindämmen und eine unkontrollierte Verbreitung vermeiden zu können. Die Vermeidung einer diffusen Ausbreitung in der breiten Bevölkerung („zweite Welle“) sowie die dann notwendigen Gesundheitsschäden, Freiheitseinschränkungen und Wirtschaftseinbußen sind das Hauptziel der Teststrategie.
- Eine rasche Testung mit zeitnaher Ergebnisübermittlung ist notwendig, um die Personen mit Infektionsverdacht, die ein negatives Testergebnis aufweisen, möglichst schnell wieder in ihr Arbeits-, Ausbildungs- oder Betreuungsumfeld zu entlassen und damit Kollateralschäden der Epidemie gering zu halten. Dies wird dadurch begünstigt, dass sich ein möglichst hoher Anteil an symptomatischen Personen möglichst frühzeitig nach Symptombeginn an 1450 oder an ihre Hausärztin/ihren Hausarzt wenden.
- Infektionen bei Personen aus definierten Risiko- oder vulnerablen Gruppen oder jenen, die mit diesen arbeiten, sollen durch freiwillige Screeningangebote rasch erkannt werden, um durch Folgemaßnahmen schwere Krankheitsverläufe sowie potentielle Gefahren für kritische Infrastrukturen abwenden zu können. Durch ein

Hintergrundmonitoring der Virusaktivität soll frühzeitig erkannt werden, wenn es zu erneuten Anstiegen der Infektionen kommt.

- Zudem soll durch Monitoringprogramme die Häufigkeit des Vorkommens der Erkrankung (Prävalenz) in der Bevölkerung, in einzelnen Bevölkerungsgruppen, in bestimmten Gebieten oder in bestimmten Einrichtungen zu einem bestimmten Zeitpunkt festgestellt werden.
- Durch die Summe aller Testungen und mittels einer systematischen Aufbereitung von Studienergebnissen sollen kontinuierlich Erkenntnisse zu den SARS-CoV-2-Hintergrundaktivitäten sowie zur epidemiologischen Situation insgesamt gewonnen werden. Diese Ergebnisse sollen bei der Entscheidung über Maßnahmen zur Eindämmung einer Virusausbreitung in Österreich sowie bei der Datengrundlage für Modellierungen unterstützen.
- Das Logistiksystem der Testanforderung bis zur Befundung soll so aufgestellt sein, dass der zuständigen Gesundheitsbehörde möglichst innerhalb von 48 Stunden nach der Probennahme ein Labor-Ergebnis vorliegt.
- Bei einem Engpass der Testkapazitäten sollen Personen mit Symptomen und deren Kontaktpersonen vorrangig getestet werden und Personen ohne Infektionsverdacht (Screening) erst danach getestet werden.

3.1 Rechtliche Basis der österreichischen Teststrategie SARS-CoV-2

Das Epidemiegesetz 1950 liefert die rechtliche Basis für die österreichische Teststrategie SARS-CoV-2:

- Demzufolge legt § 5 des Epidemiegesetzes fest, dass über jede Anzeige sowie über jeden Verdacht des Auftretens einer anzeigepflichtigen Krankheit die zuständigen Behörden durch die ihnen zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte unverzüglich die zur Feststellung der Krankheit und der Infektionsquelle erforderlichen Erhebungen und Untersuchungen einzuleiten haben.
- In § 5a ist weiters ausgeführt, dass der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister Screeningprogramme durchführen kann – soweit dies zur Beurteilung der bereits gesetzten Bekämpfungsmaßnahmen, zur Planung der weiteren Bekämpfungsstrategie, zum Schutz bestimmter von der Pandemie besonders betroffener Personengruppen oder zur Sicherung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems notwendig ist.

Darüber hinaus gibt es Testungen, die in Österreich im Auftrag von Privatpersonen/privaten Organisationen (z.B. von Sportvereinen, im Rahmen von Kulturveranstaltungen, im Tourismus etc.) durchgeführt werden sowie weitere Untersuchungen (z. B. vor Aufnahme in eine Kranken-, Kur- oder Pflegeeinrichtung). Die Testergebnisse (positive und negative) müssen gemäß Labormeldeverordnung ins Epidemiologische Meldesystem (EMS) gemeldet werden.

3.2 Personen mit Symptomen bzw. Infektionsverdacht

Die Testungen von Personen mit COVID-19-Symptomen bzw. von Personen mit Infektionsverdacht stellen **die wichtigste Säule der nationalen Teststrategie** dar, um Infektionen schnell eindämmen zu können. Für den Nachweis einer aktuellen Infektion ist derzeit ausschließlich der direkte Erregernachweis mittels qualitätsgesichertem PCR-Verfahren geeignet (vgl. 2.1 – die einzige Ausnahme stellt ein positives Antigen-Testergebnis einer symptomatischen Kontaktperson der Kategorie 1 dar; vgl. 2.2). Dieses Verfahren stellt aktuell den internationalen Goldstandard zum Erregernachweis von SARS-CoV-2 dar. Wesentlich ist, dass der PCR-Test eine Momentaufnahme des Infektionsstatus der getesteten Person darstellt. Ein negatives PCR-Testergebnis ist daher, auch aufgrund der Inkubationszeit, zeitlich begrenzt zu interpretieren und bedeutet auch keinerlei Schutz gegenüber einer zukünftigen SARS-CoV-2-Infektion. Allgemeine Abstandsregeln und Hygiene-Maßnahmen müssen auch bei einem negativen PCR-Testergebnis eingehalten werden.

3.2.1 Personen mit COVID-19-Symptomen

Grundsätzlich ist bei allen Personen, bei denen wegen der klinischen Symptomatik einer akuten respiratorischen Infektion (mit oder ohne Fieber) ein Verdacht auf COVID-19 vorliegt, eine frühzeitige labordiagnostische Abklärung mittels PCR-Test anzustreben. Die jeweils gültige Verdachtsfalldefinition ist auf der Website des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zu finden:

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Neuartiges-Coronavirus.html>

3.2.2 Kontaktpersonen und ihre Nachverfolgung (Contact Tracing)

Mit Hilfe der Kontaktpersonennachverfolgung (dem sogenannten Contact Tracing), sollen weitere Übertragungen ausgehend von den engen Kontakten einer positiv getesteten Person unterbrochen werden.

Als Kontaktpersonen (d.h. ansteckungsverdächtige Personen) gelten Personen, die engen Kontakt zu einem COVID-19-Fall während der Zeitperiode der Ansteckungsfähigkeit (kontagiöser Kontakt) hatten. Die Ansteckungsfähigkeit/Kontagiösität beginnt bereits 48 Stunden vor Erkrankungsbeginn (i.e. Auftreten der Symptome) bzw. bei asymptomatischen Fällen 48 Stunden vor der Probenentnahme, welche zum positiven Testergebnis geführt hat. Das Ende der infektiösen Periode ist momentan nicht sicher anzugeben.

Kontaktpersonen werden in Kategorie I und Kategorie II eingeteilt, je nach dem ob es sich um ein hohes oder niedriges Infektionsrisiko handelt.

Zur frühzeitigen Erkennung von prä- oder asymptomatischen Infektionen sind Kontaktpersonen der Kategorie I so rasch wie möglich nach Identifikation einer PCR-Testung zu unterziehen. Liegen ausreichend Kapazitäten vor, sollen diese Personen ab Tag 5 (höchste Wahrscheinlichkeit für einen Erregernachweis) nach dem letzten infektiösen Kontakt erneut einer PCR-Testung unterzogen werden. Ein negatives Testergebnis verkürzt derzeit jedenfalls nicht die Zeitdauer der Quarantäne.

Das BMSGPK hat zur Kontaktpersonennachverfolgung und der dazu gehörigen behördlichen Vorgehensweise ein eigenes Dokument veröffentlicht:

<https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:3cab84f4-126f-46fc-9120-34fcfc463450/Kontaktpersonenverfolgung.pdf>

3.3 Screening und Monitoringprogramm

Die Screeningprogramme fokussieren auf die Früherkennung und Messung der Hintergrundaktivität des Virus in definierten Zielgruppen. Die gesetzliche Grundlage für die Screeningprogramme findet sich im Epidemiegesetz § 5a. Die Screeningangebote

repräsentieren **die zweite Säule der Teststrategie** und ergänzen die verpflichtenden PCR-Testungen von symptomatischen Personen bzw. von Personen mit Verdachtsverläufen.

Auf Grund der zeitlich begrenzten Aussagekraft einer negativen PCR-Testung bei asymptomatischen Personen sollte diese nur in klar definierten Situationen eingesetzt werden. Etwa im Rahmen des Contact Tracing, beim regelmässigen Screening kritischer Gruppen oder im Kontext des Testens bei Reisebeschränkungen.

Die österreichischen Screeningprogramme sind in unterschiedliche Programmlinien unterteilt, die folgende Ziele verfolgen:

- Erhöhung des Schutzniveaus der älteren Bevölkerungsgruppen durch eine laufende Überprüfung (Screening) des potentiellen SARS-CoV-2-Übertragungsrisikos auf Basis eines risikobasierten Ansatzes;
- kontinuierliche Überprüfung des SARS-CoV-2-Übertragungsrisikos bei besonders exponierten Berufsgruppen im Gesundheitswesen auf Basis eines risikobasierten Ansatzes;
- Überprüfung gesetzter Maßnahmen zur Infektionseindämmung durch zielgruppenspezifische Programme;
- Sammlung und Aufbereitung von Studien, die v. a. der Frage nachgehen, wie viele Menschen in Österreich bereits an COVID-19 erkrankt waren (Seroprävalenz und seroepidemiologische Studien).

Die Screeningprogramme sind integraler Teil der nationalen Teststrategie, die zentrale Charakteristika aufweisen. Demzufolge besteht bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in den Screeningprogrammen kein direkter Erkrankungsverdacht und die Teilnahme ist deshalb freiwillig. Die Screeningprogramme dienen als „Frühwarnsysteme“, um einerseits eine potentielle Ausbreitung in Risikobereichen zu erkennen und um andererseits Erkrankungsfälle im Herbst (Beginn der Influenzasaison) entsprechend beurteilen zu können (siehe Programmlinie 4, Ausbau der Sentinel-Untersuchungen basierend auf dem DINÖ-Programm). Die Screeningprogramme verfolgen überwiegend einen risikobasierten Ansatz (d.h. Screenings werden auf Basis von Stichproben angeboten); die Durchführung der Screeningprogramme orientiert sich an den vorhandenen Testkapazitäten und am Bedarf.

Testungen, die im Rahmen von Screeningprogrammen durchgeführt werden, unterliegen spezifischen Rahmenbedingungen, die v. a. bei der Interpretation von Screeningergebnissen zu berücksichtigen sind. Hierbei gilt es Folgendes zu beachten:

- Eine Person, die an einem Screeningprogramm teilnimmt, kann sich unter Umständen in der Inkubationszeit befinden, wodurch ein potentiell positives Testergebnis noch nicht angezeigt wird.
- Ein positives Ergebnis ist bei symptomfreien Personen nicht automatisch mit Infektiosität gleichzusetzen, da ein PCR-Test, der nur Virusnukleinsäure nachweist, noch Wochen nach einer durchgemachten Infektion positiv sein kann - ohne dass noch infektiöse Viruspartikel vorhanden sind.

Zudem wird ein elektronisches Register zum Zweck der Durchführung von Screeningprogrammen (nach § 5b Epidemiegesetz) und der Datenübertragung von bestätigten Infektionen mit SARS-CoV-2 in das Register anzeigepflichtiger Krankheiten betrieben.

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher bzw. wechselnder Inzidenzen in der Allgemeinbevölkerung müssen die Screeningprogramme laufend evaluiert und die Testumfänge kontinuierlich überprüft und angepasst werden. Mit dem Einsatz von PCR-Tests und entsprechenden Antikörper-Tests in den Screeningprogrammen soll jedenfalls die bestmögliche Aussagekraft der verfügbaren Methoden genutzt werden.

3.3.1 Kostentragung und Abrechnung der Screeningprogramme mit dem Bund

Gemäß § 36 Abs. 1 Epidemiegesetz 1950 werden die Kosten von Screeningprogrammen nach § 5a vom Bund übernommen.

3.3.2 Programmlinie 1 – Screening von Berufsgruppen in Alten- und Pflegeheimen

Beschäftigte in Alten- und Pflegeheimen sowie in der mobilen Pflege haben aufgrund ihres Tätigkeitsfeldes viele Personenkontakte und weisen eine hohe Mobilität auf. Dadurch ergibt sich ein erhöhtes Ansteckungsrisiko für die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Klientinnen und Klienten dieser Einrichtungen, die in der Regel einer (hoch)betagten Personengruppe (mit unterschiedlichen Pflegebedarfen) angehören. Zudem besteht die

Gefahr, dass sich die Beschäftigten in den Einrichtungen gegenseitig anstecken. Mit den Screeningprogrammen soll eine potentielle Infektionsübertragung frühzeitig erkannt werden, die gerade für die Bewohnerinnen und Bewohner in Alten- und Pflegeheimen schwere COVID-19-Krankheitsverläufe mit sich bringen können.

Auf Basis eines risikobasierten Ansatzes, der etwa die Virusaktivität insgesamt und die Größe von Einrichtungen (wie z.B. Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Beschäftigte) berücksichtigt, werden Beschäftigte in Alten- und Pflegeheimen sowie in der mobilen Pflege stichprobenartig getestet. Zudem werden Screeningangebote für Personen in der 24-Stunden-Betreuung entwickelt. Hierbei gibt es die Möglichkeit, am Beginn eines jeweiligen Betreuungsturnus eine Testung durchführen zu lassen, wobei die Testkosten vom Bund übernommen werden.

3.3.3 Programmlinie 2 – Screenings von Berufsgruppen im Gesundheitsbereich

In Gesundheitseinrichtungen (wie z.B. in Akutkrankenhäusern, Reha-Einrichtungen etc.) und niedergelassenen Ordinationen besteht ein erhöhtes Ansteckungsrisiko durch zahlreiche und ständig wechselnde Kontakte zwischen Beschäftigten und Patientinnen und Patienten. Dadurch besteht die Gefahr einer potentiellen Übertragung von SARS-CoV-2 auf infrastrukturritisches Personal sowie auf medizinische Risikogruppen. Dies betrifft v.a. Berufsgruppen, die in direktem Kontakt zu COVID-19-Patientinnen und -Patienten stehen bzw. deren Berufstätigkeiten (z.B. Behandlungen, Pfl egetätigkeiten im Kopfbereich von Patientinnen und Patienten) mit einem höheren Ansteckungs- bzw. Transmissionspotential einhergehen. Hierzu zählen etwa medizinische Fachbereiche, wie zum Beispiel:⁴

- Neurologie/Neurochirurgie;
- Innere Medizin (insbesondere internistischer Sonderfächer, wie z.B. Kardiologie, Pneumologie, Hämatologie und Onkologie, Intensiv- und Notfallmedizin (inkl. intermediate Care-Stationen sowie Beatmungsstationen) (nur stationärer Bereich), Nephrologie, Gastroenterologie und Hepatologie, Infektiologie (und Tropenmedizin) etc.
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie;

⁴ In Anlehnung an die AWMF Leitlinie https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/040-015l_S1_SARS-CoV-2-Infektion-im-Gesundheitswesen%E2%80%93RT-PCR_2020-09_2.pdf [abgerufen am 5. Oktober 2020].

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde;
- Augenheilkunde;
- Zahnmedizin;
- Geburtshilfe (Geburtenstationen und Geburtshäuser)
- Neonatologische/Pädiatrische Intensivversorgung (nur stationärer Bereich)

Screenings von Berufsgruppen im Gesundheitsbereich dienen (analog zu den Testungen von Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen) der kontinuierlichen Identifikation von Personen ohne Krankheitssymptome. Dadurch sollen im Bedarfsfall Maßnahmen zum Schutz kritischer Infrastrukturen eingeleitet und schwere Krankheitsverläufe abgewendet werden können. Bei den Screenings von Berufsgruppen im Gesundheitsbereich wird zwischen nicht-anlassbezogenen Testungen im stationären (bettenführende Krankenanstalten) und im niedergelassenen Bereich (Ordinationen, Fachpraxen) unterschieden:

1. Beschäftigte in bettenführenden Krankenanstalten⁵: Nicht-anlassbezogene Testungen bei direktem Kontakt zu COVID-19-Patientinnen und -Patienten bzw. bei entsprechenden Risikotätigkeiten in den zuvor beispielhaft genannten Fachbereichen. Zudem Beschäftigte, die Patientinnen und Patienten in stationären Reha-Einrichtungen, u.a. in den nachfolgenden Versorgungsbereichen, betreuen:
 - Neurologie-Neurochirurgie, auch mit Beatmungsentwöhnung;
 - Geriatrie;
 - Transplantationsmedizin;
 - kardio-/zerebrovaskuläre und pulmologische Versorgungsbereiche.
2. Beschäftigte im niedergelassenen Bereich insbesondere in den Bereichen
 - Allgemeinmedizin;
 - fachärztliche Ordinationen der zuvor genannten Fachbereiche und
 - physiotherapeutische, logopädische und ergotherapeutische Praxen sowie
 - selbständige Ambulatorien.

Für den niedergelassenen Bereich sollen Testmöglichkeiten einen niederschweligen und raschen Zugang zu Testungen für Beschäftigte ermöglichen. Zudem sollen Testungen von

⁵ Krankenanstalten der Akutversorgung (Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten, Sanatorien (privat), Sonderkrankenanstalten) und stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Kuranstalten

Reiserückkehrerinnen und Reiserückkehrern, die im Gesundheitsbereich tätig sind, vor Wiederaufnahme ihrer beruflichen Tätigkeiten umgehend veranlasst werden.

Die Anzahl an Screening-Testungen von Beschäftigten in einer stationären Einrichtung bzw. im niedergelassenen Bereich sowie die Häufigkeit der Testdurchführung (z.B. alle 2 oder 4 Wochen) soll sich an der epidemiologischen Lage bzw. am Infektionsgeschehen in einem Bezirk, einer Region etc. orientieren. Beim Auftreten eines positiven Falles sind jedenfalls die behördlich vorgesehenen Maßnahmen einzuleiten und es empfiehlt sich die Volltestung aller Beschäftigten im betroffenen Bereich (ggf. auch Testungen der Reinigungs-, Servicekräfte sowie von Bürokräften).

3.3.4 Programmlinie 3 – Zielgruppenspezifische Screenings

Zielgruppenspezifische Screeninguntersuchungen finden in bestimmten Regionen mit hoher Infektionszahl bzw. in bestimmten Personengruppen statt. Hierzu zählen insbesondere auch Personen/Beschäftigte in Beschäftigungs- und Lebensverhältnissen, in denen es aufgrund einer vorherrschenden räumlichen Enge (Arbeits-/Wohnplatz) zu einem höheren Risiko für eine Virusübertragung und –ausbreitung kommen kann. Aus diesem Grund sollen Screeningprogramme für unterschiedliche wirtschaftliche Bereiche, wie z. B. Leiharbeitsfirmen, Logistik-/Verpackungsfirmen, Großbäckereien, Fleischzerlegungs- und –verarbeitungsbetriebe, landwirtschaftliche Betriebe mit Saisonarbeitskräften etc., ausgerollt werden, die in einem ersten Schritt zum Beispiel in Form von einmaligen Untersuchungen bzw. Studien erfolgen. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen Unterstützung bei der Gestaltung weiterer Screeninguntersuchungen sein, die im Verantwortungsbereich der Wirtschaftstreibenden liegen.

Niederschwellige Testangebote muss es zudem in Bereichen geben, bei denen es aufgrund der Arbeits-, Wohn- oder Lebenssituation dazu kommen könnte, schlechteren Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, Beratungen und Hotlines zu haben. Darunter fallen unter anderem auch freiwillige und kostenlose Testmöglichkeiten für Sexarbeiterinnen und -arbeiter zu schaffen. Bei Bedarf kann hier ein Test durch Amtsärztinnen und –ärzte eingeleitet werden. Zudem werden niederschwellige Screeningangebote für Personen in Lebens- bzw. Wohnverhältnissen vorgesehen, in denen wenig Raum bzw. räumlicher Abstand zur Verfügung steht. Hierbei kann es sich etwa um Unterkünfte für Asylwerberinnen und –werber, für Menschen mit Fluchterfahrungen sowie für wohnungs- und obdachlose Menschen handeln.

Generell bedarf es bei der operativen Umsetzung der zielgruppenspezifischen Programme der Zusammenarbeit mit den entsprechenden Betrieben und Organisationen. Der einfache und verständliche Zugang zu den Testangeboten, eine detaillierte Aufklärung über Screeninginhalte und auch die Bedeutung von Testergebnissen sind integrale Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung der Testangebote.

3.3.5 Programmlinie 4 – Epidemiologische Situation in Österreich

Ausbau der Sentinel-Untersuchungen basierend auf dem DINÖ-Programm

Das DINÖ (Diagnostisches Influenzanezwerk Österreich) im Rahmen der SARS-CoV-2-Surveillance wird von den derzeit etwa 140 beteiligten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auf insgesamt 240 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ausgeweitet. Dabei ist darauf zu achten, dass die Verteilung über das gesamte Bundesgebiet gleichmäßig erfolgt und sowohl ländliche als auch städtische Gebiete in allen Bundesländern abgedeckt sind. Die DINÖ-Ausweitung soll vorerst bis Jahresende 2020 erfolgen, kann jedoch in Abhängigkeit von der weiteren Entwicklung der epidemiologischen Situation sowohl früher als auch später beendet werden.

Sero-Prävalenzstudien mittels Antikörper-Tests in der Bevölkerung


Mit dem Nachweis von Antikörpern wird das Ziel verfolgt, den Anteil an Personen zu identifizieren, die bereits eine SARS-CoV-2-Infektion überwunden haben. Zudem können Antikörper-Tests (im Rahmen ihrer technischen Grenzen) auch für die Erhebung von allgemeinen Prävalenzen bei entsprechenden Populationsstudien zum Einsatz kommen (z.B. im Zuge von Blutspenden).

Es laufen derzeit mehrere Studien zu Screenings auf SARS-CoV-2-spezifische Antikörper, die von unterschiedlichen wissenschaftlichen Einrichtungen bzw. Forschungsorganisationen durchgeführt werden. Durch die systematische Aufbereitung und Analyse der Studienergebnisse sollen kontinuierlich Erkenntnisse zu den SARS-CoV-2 Hintergrundaktivitäten sowie zur epidemiologischen Situation insgesamt gewonnen werden. Diese Ergebnisse sollen die Umsetzung von Maßnahmen zur Eindämmung einer Virusausbreitung in Österreich unterstützen.

3.4 Screenings im Auftrag von Privatpersonen oder Einrichtungen

Diese Untersuchungen werden nicht im Rahmen eines der zuvor genannten Screeningprogramme durchgeführt, sondern im Auftrag von Privatpersonen oder von privaten Organisationen. Hierzu zählen etwa Tests

- im Zuge der Einreise nach Österreich, um die Quarantäne zu verkürzen,
- von Personen, die eine Untersuchung aus persönlichem Interesse durchführen wollen,
- die von Organisationen, Vereinen, Verbänden etc. durchgeführt werden (wie z. B. der Bundesliga, der Tourismusverbände, Wiener Philharmoniker etc.).
- Screeningtestungen, die nicht der inhaltlichen Ausrichtung des Screeningprogramms des Bundes entsprechen oder über den Rahmen dieses hinausgehen (z.B. Testungen aller Personen statt risikobasierter Ansatz). Diese Testungen sind als zusätzliche Maßnahme zu den risikobasierten Testungen zu betrachten, die allerdings im Verantwortungsbereich der jeweiligen Betreiberorganisationen liegen.



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

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

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