

## Executive Report der Kommission zur gesamtstaatlichen COVID-Krisenkoordination (GECKO)

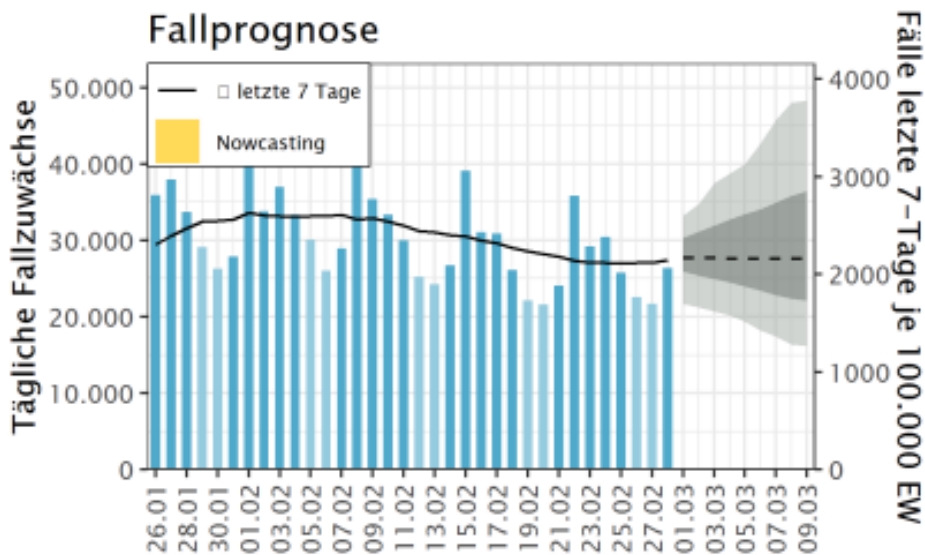
### Ausgangslage

Die Bundesländer meldeten am 4.3. 2022 30.642 neue Fälle an das Gesundheits- und das Innenministerium.

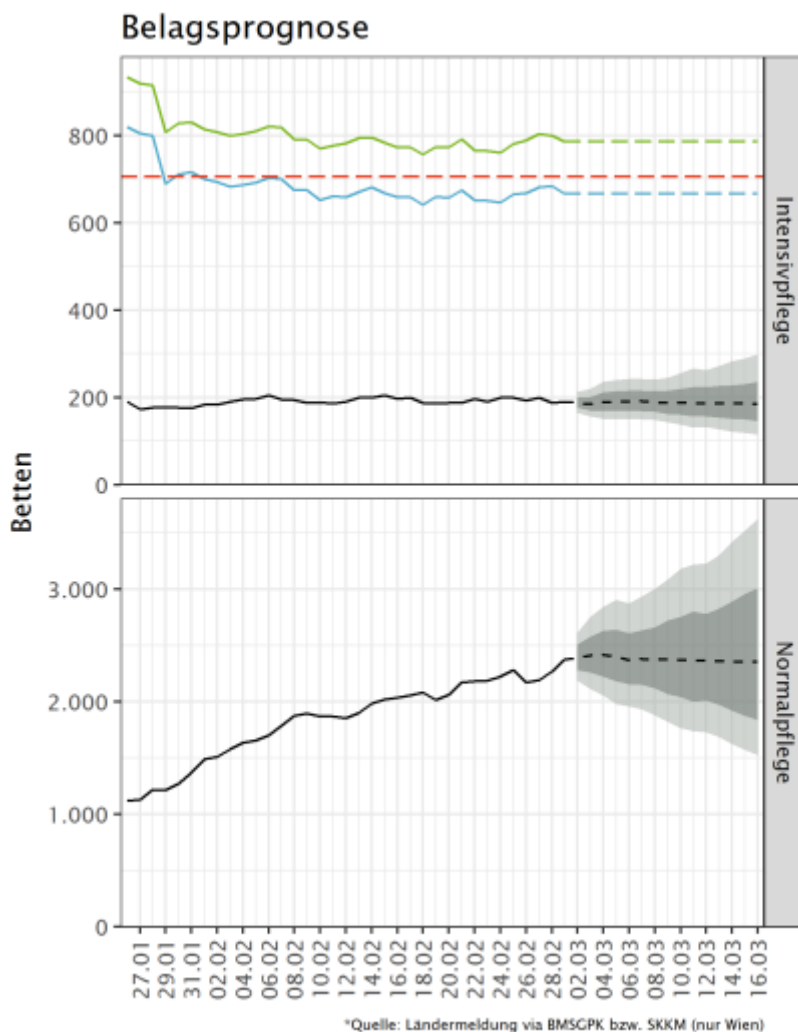
2.329 Personen (-45) befinden sich aufgrund des Coronavirus in Spitalsbehandlung, 195 (+3) auf Intensivstationen.

### Prognosen

Das Infektionsgeschehen wird weiterhin durch den Anstieg des Omikron Subtyps BA.2 getrieben, der mittlerweile österreichweit dominant sein dürfte. Nachdem gleichzeitig der Subtyp BA.1 rückläufig ist, kommt es in der Mehrheit der Bundesländer zu einer Plateau-Bildung im Infektionsgeschehen.



Quelle: AGES



Übersicht unter: [https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-\(2019-nCov\)/COVID-Prognose-Konsortium.html](https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-(2019-nCov)/COVID-Prognose-Konsortium.html)

#### Aktuelle Themen der GECKO-Kommission

Vor diesem Hintergrund tagte die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission zur gesamtstaatlichen Covid-Krisenkoordination (GECKO) am 4. März 2022 unter der Leitung von Dr. Katharina Reich und Generalmajor Rudolf Striedinger. Folgende Fragestellungen wurden von den Expertinnen und Experten diskutiert und die hier dargestellten Einschätzungen der Bundesregierung übermittelt:

## VIRUSVARIANTE OMIKRON

### **Haben andere europäische Länder Ihre Strategie im Umgang mit der Pandemie angesichts der Variante BA.2 verändert und wenn ja, wie? Wie sieht die jeweilige rechtliche Situation dazu aus?**

Eine allfällige Anpassung der Strategie im Umgang mit der Pandemie kommt insbesondere in jenen Ländern in Betracht, die über einen hohen Anteil an BA.2 Fällen am gesamten Fallgeschehen berichten. Gemäß den rezent verfügbaren Auswertungen von GISAID betrifft dies insbesondere die Länder Dänemark, Italien, Norwegen, Schweden, Tschechien.

Aktuell kann in keinem der untersuchten Länder eine (durch die Variante BA-2 verursachte) Veränderung des Maßnahmenregimes festgestellt werden. Informationen aus Deutschland deuten darauf hin, dass die Ausbreitung der Variante BA.2 im Zusammenhang mit den geplanten Öffnungsschritten beobachtet wird und diese auch ggf. neu bewertet werden. In Deutschland ist die Omikron-Variante ebenfalls die dominierende SARS-CoV-2-Variante, wobei der Anteil der Sublinie BA.1 derzeit 75 % beträgt und der Anteil von BA.2 weiter angestiegen ist auf 24 %. Der Anteil von allen anderen Varianten inkl. Delta liegt unter 1 %. In Populationen mit hoher Immunität durch Impfungen bzw. bereits durchgemachten Infektionen wurden keine Unterschiede im Schweregrad der Erkrankungen zwischen BA.1 und BA.2 festgestellt. Aufgrund der leichteren Übertragbarkeit der Omikron-Sublinie BA.2 kann eine deutlich langsamere Abnahme oder erneute Zunahme der Fallzahlen nicht ausgeschlossen werden. Ein wichtiger Faktor für den weiteren Verlauf ist, wie stark infektionsrelevante Kontakte im Rahmen der geplanten Lockerungen zunehmen.

Die Länder baten den deutschen Bundestag am 16.2., die rechtliche Grundlage dafür zu schaffen, dass sie entsprechende Maßnahmen ergreifen können. Derzeit wird ein entsprechendes Gesetzgebungsverfahren im Bund vorbereitet. Es soll vor dem 20. März 2022 zum Abschluss kommen und auch eine Regelung zu ergänzenden Schutzmaßnahmen für den Fall eines lokalen Ausbruchsgeschehens in einzelnen Landkreisen, Bezirken oder kreisfreien Städten zu ergänzenden Schutzmaßnahmen enthalten, bei denen eine Überlastung der lokalen Kapazitäten des Gesundheitssystems droht. Sollte sich das Infektionsgeschehen nach dem 20. März 2022 deutlich verschlechtern und weitergehende Schutzmaßnahmen zur Eindämmung des Virus nötig sein, wird die Bundesregierung zügig die nötigen Gesetzgebungsverfahren einleiten, um die dazu notwendigen Rechtsgrundlagen zu schaffen.

(AG Schutzmaßnahmen: Ostermann, Druml, Popper, Starlinger)

## Internationale Entwicklung

Die Variante B.1.1.529 (Omikron) hat sich weltweit besonders stark verbreitet und ist in der Mehrheit der Länder dominant. In Kalenderwoche 5-6 ist die Omikron-Variante in 20 von 20 EU/EEA Ländern (die ein entsprechendes Sequenzierungsvolumen aufweisen) dominant. Der Höhepunkt der „Omikron-Welle“ scheint in vielen Ländern bereits erreicht zu sein, wenngleich relevante Abweichungen bei einzelnen Ländern und Unwägbarkeiten bezüglich der Subvariante BA.2 bestehen.

Viele europäische Länder haben in den letzten Wochen weitreichende Öffnungsschritte gesetzt und teilweise alle COVID-19 Schutzmaßnahmen zurückgenommen. In Dänemark sind seit dem 1. Februar 2022 aufgrund von Entkoppelung der Infektions- und Hospitalisierungsrate fast alle COVID-19 Maßnahmen aufgehoben. Mit 1.3.2022 werden die Einreiseregeln gelockert. In Norwegen wurden mit 14.2. alle regulären COVID-Maßnahmen (Mundschutz-Pflicht, 1-Meter-Abstandspflicht, Isolation im Krankheitsfall, u.a) aufgehoben. In Frankreich gibt es seit 28.2. keine Maskenpflicht in geschlossenen Räumen, die dem grünen Pass unterliegen, mit Ausnahme von (Langstrecken-)Verkehrsmitteln.

(AG Schutz kritische Infrastruktur: Ditto, Nikolai, Reich, Puchhammer, Kopf, Klein, Popper, Stöger)

## Wie stellt sich der Immunitätsgrad der Bevölkerung in Österreich im Zeitverlauf dar?

TU Wien und Meduni Wien haben gemeinsam eine Studie durchgeführt, in der auf Basis eines Immunity-Waning-Modells der Zeitverlauf des Immunisierungsgrad der österreichischen Bevölkerung evaluiert wurde. Dabei wird jener Teil der Bevölkerung betrachtet, der im bisherigen Verlauf der Pandemie entweder zumindest eine Teilimpfung erhalten hat oder infiziert wurde. Weiters wird der Modellierung die Annahme zugrunde gelegt, dass sich ab 28. Februar 2022 weder weitere Menschen infizieren noch impfen lassen. Das Modell erlaubt hierbei auch einen Blick in die Zukunft, in dem es den aktuellen Immunstatus mit Verteilungen fortschreibt, die anhand Beobachtungsdaten und Studien parametrisiert wurden. Die Ergebnisse legen nahe, dass das gegenwärtige Immunitätslevel gegen Infektion (aktuell zwischen 60% und 65%) bis zum 1. Oktober ohne zusätzliche Immunisierungen auf mindestens ein Fünftel des aktuellen Wertes, also etwa 12% absinken würde. Das bedeutet, dass bis zum 1. Oktober 2022 etwa 4,3 Millionen immune Österreicherinnen und Österreicher fehlen würden, um das momentane Niveau, welches aktuell zum Peak der Omikron Welle ausreichend ist, zu erreichen. Das Schutzniveau gegen Hospitalisierung ist weitaus persistenter. Dieses fällt von aktuell etwas mehr als 80% auf etwa 30-45% ab.

(AG Omikron: Bergthaler, Ditto, Kollaritsch, Popper, Puchhammer, Schernhammer)

### Wie ist die Situation in den Krankenhäusern?

Die Lage in den Krankenhäusern ist teilweise angespannt, aber nicht bedrohlich. Personalausfälle sind im Vergleich zu früheren Pandemiephasen relativ hoch und machen die größten Probleme. Gründe für die Personalausfälle sind hauptsächlich Absonderungen, Betreuungspflichten wegen Absonderungen von Kindern sowie Urlaube (wegen Ende der Ferienwochen derzeit wieder leichte Entspannung). Vereinzelt gibt es Einschränkungen in den Krankenhäusern wegen Personalausfällen (so kommt es etwa in einigen Krankenhäusern zu Sperren von Intensivstationen). Vor allem beim Personal auf Intensivstationen sind sehr häufig große Müdigkeit und Erschöpfung anzutreffen. Es wird auch von relativ vielen Personalabgängen und von Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung berichtet.

(AG Schutz kritische Infrastruktur: Ditto, Nikolai, Reich, Puchhammer, Kopf, Klein, Popper, Stöger)

### IMPfung

#### Welche neuen Erkenntnisse gibt es zu Long-COVID bei geimpften Personen?

Die Evidenz zum Verlauf von Long-COVID nach einer Impfung hat sich in den letzten Wochen deutlich verbessert. Insgesamt weist diese sehr konsistent darauf hin, dass der klinische Verlauf von Long-COVID bei geimpften Personen milder und kürzer andauernd ist. Generell erkrankten geimpfte Personen wesentlich seltener an Long-COVID, 2-fach Geimpfte erkrankten fast um die Hälfte weniger oft an Long-COVID: Long-Covid Symptome wurden in einer Studie von 294 doppelt geimpften Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Prävalenz 9,5 %) im Vergleich zu 452 ungeimpften Teilnehmerinnen und Teilnehmern (14,6 %) berichtet, was einem aOR für Long-Covid-Symptome von 0,59 (95%CI: 0,50-0,69) entspricht. Es gab keine Hinweise auf Heterogenität je nach Impfstoff (AZ versus mRNA;  $p=0,25$ ).

Das Auftreten von Post-COVID-Symptomen nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 lag bei 2-fach Geimpften im Vergleich zu Ungeimpften für 7 der 10 häufigsten Symptomen bei 54-82% und war der Anzahl dieser Symptome bei Menschen, die sich noch nie mit SARS-CoV-2 infiziert hatten ähnlich. Zudem berichteten geimpfte Patienten, die trotzdem post-COVID Symptome entwickelten, eine raschere vollständige Heilung, besonders bei Personen über 60.

Somit stellt die COVID-19 Impfung derzeit die wichtigste Präventionsmaßnahme hinsichtlich Long-COVID was sowohl das Auftreten als auch den Verlauf betrifft, dar.

(AG Omikron: Bergthaler, Ditto, Kollaritsch, Popper, Puchhammer, Schernhammer)

## TESTEN

### **Was wäre bei einer Umstellung des derzeitigen Testregimes und/oder des aktuellen Kontaktpersonenmanagements im Sinne einer gesamtstaatlichen Betrachtung zu beachten?**

Um die Effekte einzelner Teststrategien evidenzbasiert bewerten zu können, sollten einerseits gezielte Vergleichsstudien zwischen europäischen Ländern oder Regionen mit verschiedenen Testkonzepten durchgeführt werden. Andererseits ist eine interdisziplinäre Betrachtung des aktuellen sowie eines zukünftig angedachten Testsystems vorzuschlagen, da mit einer Neugestaltung des Testvorgehens etwa auch Auswirkungen auf Quarantäne-Regelungen und in weiterer Folge beispielsweise mit ökonomischen Effekten gerechnet werden kann. Für eine derartige interdisziplinäre Betrachtung wären die Einholung weiterer Expertise und eine auch zeitlich breit aufgestellte Beurteilung anzudenken. Darüber hinaus wäre eine weiterführende Untersuchung mittels Literaturstudien bzw. Modellierungen ratsam. Nicht zuletzt sollten weitgehende Änderungen des Testregimes oder des Kontaktpersonenmanagements rechtzeitig verbindlich bekannt gegeben werden, da sowohl Auf- als auch Rückbau entsprechender Kapazitäten eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt.

Aus epidemiologisch-virologischer Sicht ist darauf hinzuweisen, dass die Effektivität der Unterbrechung von Infektionsketten von verschiedenen Aspekten, wie rascher, zuverlässiger und sensitiver Diagnostik, zeitnaher Kommunikation an die Betroffenen und rascher Absonderung abhängt. Bei der aktuellen Virusvariante Omikron zeigten ex vivo Analysen, dass die Viruslast im oberen Respirationstrakt 24 Stunden nach Infektion bereits um das Siebzigfache höher liegt als bei der Deltavariante (Hui et al, Nature 2022). Daher ist davon auszugehen, dass auch die Übertragung bei Omikron schneller erfolgt und die Sicherheit und Aussagekraft eines zurückliegenden negativen Testresultats für den aktuellen Zustand relativ ist. Während Testergebnisse aus Probenabnahmen, die 24 Stunden oder länger zurückliegen, daher etwa für Zutrittsregelungen an Bedeutung verlieren, sind sie aber nach wie vor sowohl zur sensitiven Diagnostik für erkrankte Personen als auch im Hinblick auf eine mögliche Therapie von großer Bedeutung. Grundsätzlich ist aus epidemiologisch-virologischer Sicht festzuhalten, dass eine Umstellung von Verfahren jeweils nur eine angepasste Reaktion auf aktuelle epidemiologische Entwicklungen sein kann. So können etwa wenige Infektionen mit hochpathogenem Virusstamm genauso verheerend sein wie tausende Infektionen mit einem harmloseren Stamm.

Aus der Perspektive der Simulationsforschung trägt Testen und Isolieren, sei es vorgeschrieben oder freiwillig, als Maßnahme zur Unterbrechung von Infektionsketten bei, wenn sie effektiv umgesetzt wird. Die Evidenz dazu wurde sowohl modellbasiert (z.B. Mina et al) als auch datenbasiert evaluiert. Für sich genommen kann Testen jedoch nicht zur Unterbrechung beitragen, sondern dient nur zur Beobachtung.

Die Evidenzlage dazu ist (auch bei einer Reduktion) herausfordernd, da der Grad der Effektivität von verschiedenen Parametern abhängt, und zwar sowohl systemisch, etwa von der aktuellen Dynamik, der Virusvariante bzw. deren Eigenschaften (z.B. Latenz- und Inkubationszeit), als auch strategisch (also von Entscheidern beeinflussbar). Zu Letzterem zählt beispielsweise die Faktoren:

- welche Tests mit welcher Sensitivität genutzt werden,
- wie schnell Personen isoliert werden können,
- ob es sich um flächendeckende Tests in einer Populationsgruppe (wie in der Schule) handelt oder
- ob ein breiter Anteil der Populationsgruppe adressiert wird.

Bei einer allfälligen Änderung des Kontaktpersonenmanagements ist aus rechtlicher Sicht jedenfalls § 7 Abs. 1 und 2 EpiG sowie die Verordnung BGBl II 2020/15 zu beachten, durch die COVID 19 als anzeigepflichtige Krankheit ausgewiesen ist. Notwendige Schutzmaßnahmen sind somit zwingend zu ergreifen, wenn dies zur Verhinderung der Verbreitung und einer aus dieser Verbreitung folgenden Gefährdung anderer geboten ist. Insoweit sind „werden“ in Abs. 1 und „können“ in Abs. 2 des § 7 EpiG im Lichte staatlicher Schutzpflichten gegen die Verbreitung ansteckender Krankheiten (die sich insb aus Art 2 EMRK ergeben) verfassungskonform als staatliche Pflicht zu lesen. Diese Pflicht ist bei Erforderlichkeit von Schutzmaßnahmen aus medizinischer Sicht in angemessener Art und Weise (gelindestes Mittel, insb Alternativen zur Absonderung, wenn diese medizinisch vertretbar sind) auszuüben. Daher sind aus rechtlicher Sicht Maßnahmen gegen die Weiterverbreitung von COVID-19 so lange zu setzen, als eine „ernstliche und erhebliche Gefahr für die Gesundheit anderer Personen besteht“. So lange dies der Fall ist, ist die Krankheit auch durch Verordnung als eine solche zu bezeichnen, auf die das Epidemiegesetz Anwendung findet. Wenn die Krankheit nicht mehr die Voraussetzungen erfüllt, ist die Verordnung anzupassen.

Schließlich ist aus Sicht des Krisenmanagements anzuraten, in die Vorhaltung aller Response-Systeme, wie beispielsweise behördliche Maßnahmen, Surveillance, Testen, Therapien, Forschung und Entwicklung zu investieren, damit möglichen negativen Entwicklungen in der Pandemie rasch und wirksam begegnet werden kann. Eine Digitalisierung der Prozesse und Systeme, die eine raschere Skalierung im Bedarfsfall ermöglicht, kann in der Zeit des stand-by-Betriebes verstärkt werden, um damit zukünftig eine raschere Reaktion auf sich ändernde Lagen zu gewährleisten. Ein stand-down ist kontraindiziert. Weiters sollte auch in der Zeit des stand-by-Betriebs jedenfalls besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen (Menschen, die sich nicht vor einem schweren Verlauf schützen können, und Personen, die besonders exponiert sind) ein niederschwelliger Zugang zu subsidiären Schutzsystemen (z.B. eigene PCR-Tests inkl. Kontaktpersonen, rasche Diagnose, mehrere Therapieoptionen) gewährt

werden. Damit kann außerdem eine Grundlast für die Systeme aufrechterhalten werden, die Fehler in den Prozessen jederzeit sichtbar und korrigierbar machen.

## KOMMUNIKATION

**Es wird zukünftig voraussichtlich (zumindest für Risikogruppen) notwendig sein, nach einer Grundimmunität saisonal aufzufrischen. Worauf ist bei der Kommunikation dieses Umstands zu achten?**

Die meisten Menschen in Österreich, die über einen aktuellen Impfschutz verfügen, haben sich aus intrinsischer Motivation heraus impfen lassen (Schutz der eigenen Gesundheit, Schutz von Kontaktpersonen). Diese intrinsische Motivation sollte auf bei notwendigen Auffrischungsimpfungen bedient werden. Der neue Wissensstand zur Dauerhaftigkeit des Impfschutzes muss fortlaufend beobachtet und kommuniziert werden.

**Sollte eine Änderung der Teststrategie erfolgen, worauf ist dabei bei der Kommunikation zu achten?**

Die Tests sind eine der Maßnahmen, die von der Bevölkerung viel genutzt wird und als eher effektiv angesehen wird. Eine Kostenpflicht wird sehr stark abgelehnt und es ist davon auszugehen, dass sich die Menschen weniger testen lassen, wenn kein niederschwelliges Testangebot mehr verfügbar ist. Um eine Änderung der Teststrategie nachvollziehbar kommunizieren zu können, sollte eine Evidenzbasierung in Hinblick auf die Kosten-Nutzen-Relation der Maßnahme vorliegen und diese auch entsprechend transparent kommuniziert werden.

**Kann ein institutionalisierter Austausch in Bezug auf Kommunikationsthemen rund um Fragen der Impfquote, Impfkampagnen, 4. Stich, etc. auf europäischer Ebene einen Beitrag zu einer effektiven Kommunikationsarbeit leisten? Wenn ja, könnte dieser Austausch aussehen?**

Ein Austausch zu Best-Practice im Bereich der Kommunikation kann mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit einen Beitrag leisten, da alle Länder vor ähnlichen Herausforderungen stehen. Die Erkenntnisse aus anderen Ländern sind in vielerlei Weise übertragbar, auch wenn nationale Besonderheiten berücksichtigt werden müssen. Für den Bereich der Kampagnen könnte dieser Austausch über die entsprechenden Interessensverbände auf nationaler und europäischer Ebene angeregt werden. Außerdem beschäftigen sich einige Forschungsprojekte im Rahmen von Horizon Europe (z.B. COVINFORM und andere) mit diesem Thema. Der Output aus diesen Projekten kann in einen



institutionalisierten Wissenstransfer bei DG REA und auf Ebene der Mitgliedsstaaten münden. An dem Austausch könnten Vertreter der AG Kommunikation teilnehmen, um die Best-Practice-Erkenntnisse im Rahmen von GECKO einzubringen. Voraussetzung wäre, dass es Interesse an einem Austausch und relevante Experten auch in den anderen europäischen Ländern zur Verfügung stehen. Für die Niederlande und Deutschland bestehen bereits informelle Kontakte zu Experten im Rahmen eines früheren wissenschaftlichen Austauschs. Es sollte erwogen werden, wenn möglich, auch nicht-EU-Länder, wie z.B. Großbritannien und die Schweiz, in den Austausch einzubeziehen.

Die mangelnde Effektivität der Kommunikationsmaßnahmen in Österreich und einigen anderen europäischen Ländern im Jahr 2021 liegt unserer Meinung nach u.a. in der fehlenden strategischen Kongruenz zwischen Kampagnen und politischer Kommunikation. Dementsprechend sollte auch die Abstimmung innerhalb nationaler Kontexte gestärkt werden.

**Gibt es aktuelle Erkenntnisse, welche Incentivierungen die größte Wirkung auf die Impfbereitschaft bei Zielgruppen mit niedriger Impfquote haben (insbesondere bei Unterscheidung monetäre/nicht-monetäre Anreize)?**

Brewer et al. (2022) haben kürzlich den Erkenntnistand zu Incentivierungen zusammengefasst. Demnach sind Incentivierungen erfolgreicher wenn: (1) der Erhalt der Belohnung sicher ist, (2) die Belohnung unmittelbar ausgezahlt wird, und (3) die Belohnung von den Empfänger:innen wertgeschätzt wird. Diese Prinzipien decken sich mit dem Forschungsstand zu anderen Gesundheitsverhalten, jenseits von Impfungen, und werden auch durch Erkenntnisse zu Österreich gestützt (Stamm et al. 2021). Nicht-monetäre Anreize (z.B. T-Shirt) sind Brewer et. al zufolge weniger beliebt, da sie von weniger Personen wertgeschätzt werden. In Hinblick auf Zielgruppen ist anzumerken, dass vor allem Unentschlossene/Zögerliche durch die Wirkung von Incentivierungen erreichbar sind. Sowohl für starke Impfbefürworter als für starke Impfgegner spielen Incentivierungen kaum eine Rolle (siehe z.B. Klüver et al. 2021). Brewer et. al. (2022) zufolge lässt sich durch eine Incentivierung die Impfquote in der Regel um eine einstellige Prozentzahl erhöhen. Zu beachten sind einige Trade-Offs (z.B. potentiell hohe Kosten wegen Fairness-Erwägungen, Kosten für die Bewerbung des Incentivierungsprogramms, Weckung einer langfristigen Erwartungshaltung).

**Gibt es aktuelle Erkenntnisse zur Frage, warum sich Menschen haben impfen lassen?**

Zu den Gründen für die Impfung gehörten bisher insbesondere der Wunsch nach Selbstschutz, Fremdschutz und die Hoffnung auf eine Rückkehr zur Normalität (Partheymüller et. al. 2021). Zu den Gründen, sich nicht impfen zu lassen, gehörten insbesondere die Sorge um unvorhersehbare

Nebenwirkungen, Zweifel an der Sicherheit der Impfstoffe und der Glaube an den Schutz durch das eigene Immunsystem. Zu beobachten ist anhand der ACPD-Daten, dass seit dem letzten Lockdown im November 2021 die Hoffnung auf eine Rückkehr zur Normalität etwas zurückgegangen ist. Zudem ging auch der Glaube an den Fremdschutz im Jänner 2021 leicht zurück. Zuletzt deklarierten sich auch einige wenige Personen als impfbereit, obwohl sie sich weiterhin sehr besorgt um Nebenwirkungen zeigten.

(AG Kommunikation: Partheymüller, Foitik, Szekeres, Geschäftsstelle)

Folgende Fragestellungen werden von GECKO laufend bearbeitet:

**MEDIKAMENTE**

Verfügbarkeit und Einsatz von Medikationen bei der Therapie von COVID-19 infizierten Personen.

**Laufende Evaluierung des Maßnahmenregimes**

Aufgrund der dynamischen Entwicklung wird die Situation laufend beobachtet und eingeschätzt, zu akuten Themen nimmt GECKO auf Anfrage der Regierung auch kurzfristig Stellung.

Wien, am 4. März 2022

## DIE GECKO-KOMMISSION

Die GECKO-Kommission besteht aus Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Disziplinen und wird von Dr. Katharina Reich (Chief Medical Officer im Gesundheitsministerium) und Generalmajor Rudolf Striedinger (Stv. Generalstabschef im Verteidigungsministerium) geleitet.

GECKO berät die Bundesregierung in Fragen der Bekämpfung der Corona-Pandemie. Die Beratung erstreckt sich insbesondere auf folgende Bereiche:

1. Bewertung der aktuellen Covid-19-Situation
2. Impf-, Medikamenten- und Teststrategie
3. Operative Umsetzung
4. Information der Bevölkerung

Die Kommission institutionalisiert und ermöglicht einen laufenden Informationsaustausch.

GECKO berichtet wöchentlich an die Bundesregierung, diese leitet auf Grundlage von GECKO-Empfehlungen politische Entscheidungen ab.

Die Kommission tritt in Form der als Executive Report auf der Website des Bundeskanzleramts veröffentlichten Beurteilungen nach außen hin auf. Darüber hinaus sprechen die beiden Vorsitzenden, sofern sie in ihrer Rolle als Vorsitzende der Kommission auftreten, für die Kommission in ihrer Gesamtheit.

Mitglieder der GECKO-Kommission:

Philipp Abbrederis, Andreas Bergthaler, Manfred Ditto, Christiane Druml, Gerry Foitik, Erich Hechtner, Christoph Klein, Herwig Kollaritsch, Karlheinz Kopf, Markus Müller, Ulrike Mursch-Edlmayr, Herwig Ostermann, Julia Partheymüller, Niki Popper, Elisabeth Puchhammer-Stöckl, Katharina Reich, Eva Schernhammer, Reinhard Schnakl, Volker Schörghofer, Thomas Starlinger, Karl Stöger, Rudolf Striedinger, Thomas Szekeres, Oswald Wagner