

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

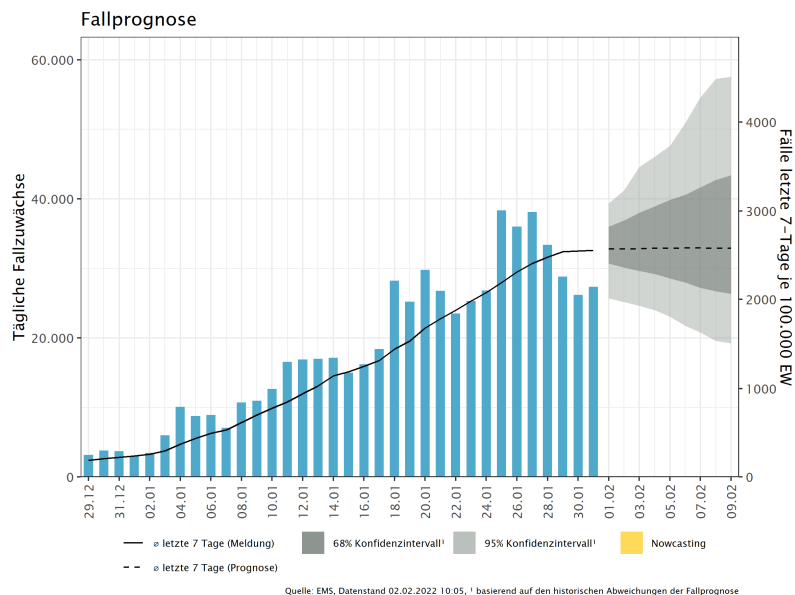
Ausgangslage

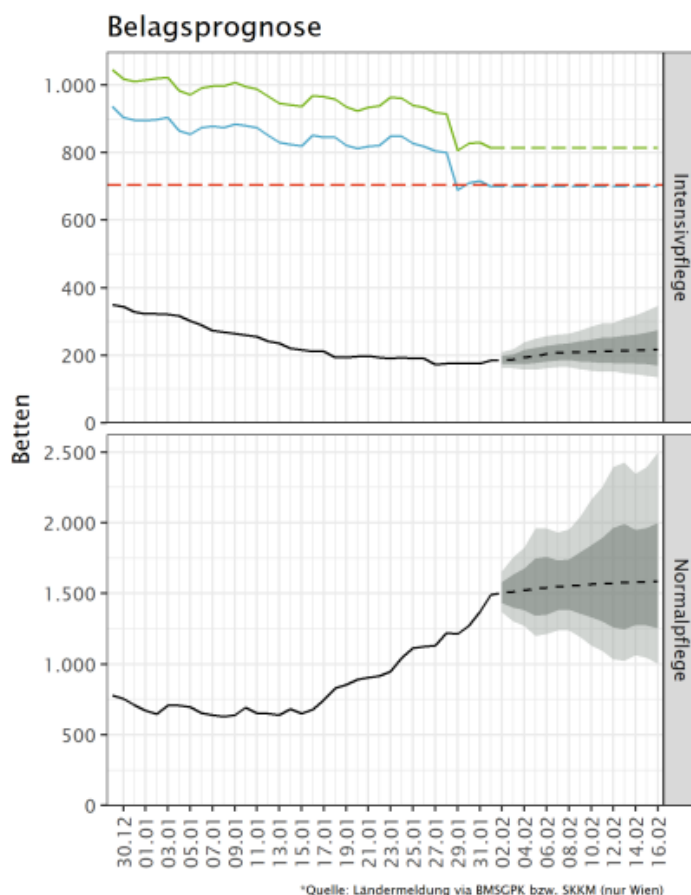
Die Bundesländer meldeten am 4. Februar 2022 36.329 neue Fälle an das Gesundheits- und das Innenministerium. Damit ist erstmals seit langem ein Rückgang der Fälle im Vergleich zur Vorwoche (-2.302) zu verzeichnen.

1.807 Personen (+63) befinden sich aufgrund des Coronavirus in Spitalsbehandlung, davon 199 (+11) auf Intensivstationen.

Prognosen

Die Prognose geht von einem vorläufigen Höhepunkt der 7-Tages-Inzidenz in den nächsten Tagen aus. Durch den Einfluss des ansteckenderen und immunevasiveren Omikron Subtyps BA.2 kann ein neuerlicher, durch diese Variante getriebener Fallanstieg innerhalb der nächsten Wochen jedoch nicht ausgeschlossen werden. Ausgehend von der aktuellen Prognose kommt es zu einer Plateaubildung im Spitalsbelag.





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. Februar 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

Laufende Evaluierung der Faktenlage zu Omikron

Generell lassen sich zum heutigen Stand folgende Eigenschaften von Omikron zusammenfassen: Omikron-Infektionen haben laut neuesten Studien eine durchschnittliche Dauer von 9,87 Tagen im

Vergleich zu 10,9 Tagen bei Delta-Infektionen. Die Übertragbarkeit bei ungeimpften Personen ist für BA.2 höher als sie es bei ungeimpften Personen für BA.1 war. Bei geimpften/geboosterten Personen ist das nicht der Fall.

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

Internationale Entwicklung

Insgesamt wurden weltweit am 2. 2. 2022 3,18 Mio. COVID-19-Neuinfektionen gemeldet. International entfielen die meisten neu gemeldeten Fälle (in absoluten Zahlen) auf die USA (330.128), Frankreich (315.363) und Deutschland (238.252). Weitere europäische Länder mit hohen Fallzahlen sind Italien (119.323), Großbritannien (87.419), Spanien (86.222) und die Niederlande (66.984).

Die Omikron-Variante entwickelte sich in der überwiegenden Zahl der Staaten zur dominanten Variante. Einige Länder – wie Dänemark, Norwegen und Großbritannien – setzen sukzessive vorsichtige Öffnungsschritte um, die u. a. Beschränkungen von Veranstaltungen oder Quarantäne- und Einreiseregeln betreffen. In Dänemark werden alle Maßnahmen aufgehoben, in Irland wurden mit 22.01. alle Maßnahmen außer Maskenpflicht und Schutzmaßnahmen in Schulen und Pflegeeinrichtungen aufgehoben. In Norwegen werden weitreichende Lockerungen empfohlen. Berichte zur Situation im stationären Bereich sind jedoch heterogen, während vielerorts Entspannung berichtet wird, ist die Lage in anderen Staaten angespannt, was teilweise auch den zunehmenden Personalausfällen geschuldet ist.

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

Welche Erkenntnisse bzw. Erwartungen zur Weiterentwicklung von Corona gibt es – was erwartet uns voraussichtlich im Herbst?

Ganz allgemein gilt: Es müssen von Seiten der Gesetzgebung flexible Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es ermöglichen, auf sich ergebende Änderungen rasch und ohne administrative Hürden zu reagieren.

Die Ausgangssituation für den Herbst wird von 3 Faktoren abhängen:

1. Gibt es Anhaltspunkte für Mutationen in Richtung weiterer Immunevasion und höherer Pathogenität?

2. Ist die Immunitätslage durch Impfung oder Genesung auf einen hohen Wert (tatsächliche 90% oder mehr?) gewachsen und – was besonders wichtig ist – haben wir eine hohe Durchimpfung in allen vulnerablen Gruppen und Settings?
3. Verfügen wir über ausreichend Medikamente und wirksame (Varianten)Impfstoffe um bis Ende September im Bedarfsfall zu boostern und auch in Herbstwellen mit Impfungen zu intervenieren?

Der Idealfall, bei dem man von den geringsten Überraschungen ausgehen könnte, wäre eine NEIN-JA-JA Antwortkonstellation.

Wenn es bei den klassischen Omikron Untervarianten bleibt, dann könnte man in Richtung der klassischen Influenzaüberwachungsstrukturen gehen – die international koordiniert sind und seit vielen Jahren sehr gut geregelt, wie auch den Vertreterinnen und Vertretern des österr. Influenza Referenzinstituts in diesem Netzwerk bekannt ist.

Falls eine ganz neue Variante aufkommt, ist vieles wieder offen. Im Großen und Ganzen geht die Mehrheit aber davon aus, dass der Immunschutz durch Impfung/Infektion auch gegen neue Varianten in gewissem Ausmaß da ist und gegen schwere Infektionen schützen wird. Weiters ist es wichtig, die Wirksamkeit von Paxlovid und andere COVID Therapeutika zu klären gegen die etwaige neue Variante, und für eine rasche Verfügbarkeit dieser Medikamente zu sorgen (siehe auch Regelung Tamiflu Zugang bei Influenzaepidemien).

Wann werden voraussichtlich 90 % der Bevölkerung einen ausreichenden Immunschutz aufweisen?

Seit Pandemiebeginn hatten aktuell (2.2.2022) laut EMS und E-Impfpass ca. 85% der Menschen Kontakt mit Virus und/oder Impfung. Im virtuellen Bevölkerungsmodell der TU Wien/dwh (parametrisiert mit den aktuellen EMS Daten inkl. Reinfektionsanalyse und dem elektr. Impfpass, inkl. Annahmen zur Dunkelziffer) sind es per 2.2.2022 93% die einen Kontakt mit dem Virus und/oder der Impfung hatten. Omikron wird sicher zum weiteren generellen Aufbau einer Immunantwort gegenüber SARS-CoV-2 beitragen.

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

**Welche Schutzmaßnahmen sollten auch bei niedrigen Infektionszahlen beibehalten werden?
Welche Schutzmaßnahmen werden wir voraussichtlich im Herbst wieder brauchen?**

Aus wissenschaftlicher Sicht sollten die bis jetzt in Österreich angewandten Pandemie-Maßnahmen (inklusive jene im pädagogischen Bereich) evaluiert und im internationalen Vergleich beurteilt werden. Tests sollten leicht zugänglich sein und auch wenn die Testkapazitäten nicht mehr in hohem Ausmaß benötigt werden, sollte man in der Lage sein, kurzfristig wieder auf hohe Testmengen überzugehen. Auch die Möglichkeit des contact-tracings sollte kurzfristig und in verbessertem Ausmaß hochfahrbar sein. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, ist ein differenziertes Vorgehen viel leichter: Gezielte Infektionsdetektion in Risikobereichen, rasche Isolation.

Bei niedrigen Infektionszahlen könnte man das Influenza-Überwachungssystem zur Anwendung bringen:

- Sentinel-Überwachung, wie schon existent, aber im Gegensatz zu Influenza das ganze Jahr über belassen
- Stichprobenartige Sequenzanalysen
- Zusätzlich sind Abwasseruntersuchungen sinnvoll
- Testen bei symptomatischen Patienten auch außerhalb des Sentinelsystems auf SARS (und evtl. auf andere respiratorische Viren)
- Evtl. bei größeren Ausbruchsklustern noch gezielt hinschauen und sequenzieren
- Spezielle Einrichtungen (zu definieren, vermutlich Krankenhäuser, Seniorenheime) genauer diagnostisch überwachen – auch für Influenza.

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

Wie wichtig ist es, einen ausreichenden Immunitätsgrad¹ in hohem Prozentsatz aufrechtzuerhalten?

Entscheidend wird ein hoher Immunitätsgrad in allen vulnerablen Settings sein. Nach bisherigem Wissensstand trägt jede SARS CoV-2 Impfung/Infektion dazu bei, dass weitere Infektion im Durchschnitt milder verlaufen, bei allerdings derzeit noch geringer Kenntnis zur Belastbarkeit dieser Immunität im Zeitverlauf.

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

Ist aufgrund der derzeitigen Entwicklungen davon auszugehen, dass eine 4. Impfung notwendig wird? Wenn ja, wann und für welche Bevölkerungsgruppen?

Sollten Varianten, die den gegenwärtigen ähnlich sind, dominierend bleiben, dann ist es sicherlich sinnvoll vor dem Herbst bei allen, deren dritte Impfung mehr als 6-9 Monate zurückliegt, eine Boosterung mit Variantenimpfstoffen in Betracht zu ziehen und diese Auffrischung ähnlich wie bei der Influenzaimpfung von Zeitpunkt her optimal anzusetzen (September?).

Dies nicht nur, um den Individualschutz zu verbessern, sondern auch den kurzdauernden infektiions- und transmissionsreduzierenden Effekt der Boosterungen (den wir ja auch schon bisher gesehen haben) strategisch besonders gut für die Herbstwellendämpfung auszunützen. Dieser Effekt wird vor allem über die Antikörperbildung mediiert, die post-booster besonders gut ist. Der T-Zell mediierte Schutz vor schweren Verläufen ist sicherlich solider, wenig mutationsanfällig und langlebiger, beeinflusst aber nicht das Transmissionsgeschehen. Dadurch würden wir, wenn wir vor dem Herbst nicht boostern, durch eine hohe Zahl an Infektionen den Infektionsdruck auf Vulnerable erhöhen und außerdem der erneuten Variantenentwicklung Vorschub leisten. Bei vulnerablen Personen (zB Transplantpatienten) ist es wichtig, öfter zu impfen. In solchen Fällen wird jedoch die Impfhäufigkeit von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu regeln sein. Hier wäre es auch sinnvoll, Antikörpertests durchzuführen.

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

¹ als ausreichender Immunschutz werden 3 immunologische Ereignisse (3-fach geimpft oder genesen und 2-fach geimpft lt. Schema) oder rezent genesen (Infektion max. 6 Monate zurückliegend) angenommen

Medikamente

Die Zulassung des Arzneimittels Nirmatrelvir/Ritonavir (Paxlovid®) durch die europäische Behörde (EMA) ist erfolgt. Empfohlen werden in der derzeitigen Situation für die präklinische Anwendung in absteigender Reihenfolge neben Paxlovid® auch Sotrovimab® (welches in Österreich bereits seit einigen Wochen in eigens dafür vorgesehenen Behandlungseinheiten der Länder verabreicht wird), Remdesivir® und Molnupiravir®. Erwartet wird zudem die baldige Verfügbarkeit von Tixagevimab®/Cilgavimab® zur Präexpositionsprophylaxe bei Risikopatientinnen und Patienten.

(AG Medikamente: Pernsteiner, Popper, Mursch-Edlmayr, Müller, Nikolai, Schörghofer)

Impfung

Am 27. Jänner 2022 berichtet die UK Health Security Agency erstmalig, dass die Boosterimpfung einen vergleichbaren Schutz gegen symptomatische Erkrankung durch BA.2 (70%) wie gegen BA.1 (63%) bietet. Das Dänische Statens Serum Institut fasst anhand einer Studie von insgesamt 8.541 Haushalten und 17,945 Haushaltsmitgliedern zusammen, dass BA.2 zwar ansteckender als BA.1 ist aber geimpfte Personen auch bei BA.2 besser vor Infektion geschützt sind und das Virus weniger häufig übertragen als ungeimpfte Personen.

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

Einhergehend mit der Zulassung des Impfstoffes für Kinder ab 5 Jahren werden zunehmend überall in Europa Impfangebote für diese Altersgruppe geschaffen. Einzige Ausnahme ist derzeit Schweden, wo beschlossen wurde, dass keine Impfung für 5-11-Jährige eingeführt wird. Darüber hinaus konzentrieren sich die Impfkampagnen derzeit aber stark auf Booster-Impfungen. Eine geplante Impfpflicht in Tschechien (sie wäre ab März 2022 für spezifische Gruppen geplant gewesen), wie sie für Österreich vorgesehen ist, wurde aufgehoben.

In Italien gilt die Impfpflicht für Lehrpersonal, ebenso seit dem Frühjahr für das Gesundheitspersonal, inklusive Apotheker und Veterinäre. In anderen EU-Mitgliedsländern wie Deutschland, Frankreich, Griechenland, Lettland, Ungarn gibt es teils einrichtungsbezogene beziehungsweise berufsbezogene Impfpflichten für Covid-19. In UK wird es ab April eine Impfpflicht für in Pflegeheimen Beschäftigte geben, auch für Beschäftigte beim National Health Service. Im Vatikanstaat gibt es eine allgemeine Impfpflicht.

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

LONG-COVID bei Kindern

Eine Fall-Kontroll-Studie in Dänemark zu Long-COVID bei Kindern zwischen 0-17 Jahren zeigt, dass die Symptome Fatigue, Geruchs- und Geschmacksverlust und Muskelschwäche signifikant auftreten. Die meisten Long-Covid-Symptome bei Kindern waren nach 1-5 Monaten wieder vergangen. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8742700/pdf/431_2021_Article_4345.pdf)

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

Folgende Fragestellungen werden von GECKO in den nächsten Tagen und Wochen laufend bearbeitet:

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.

PCR-Testkapazitäten

Nach den durchgeführten Testgipfeln mit österreichischen Laborbetreibern und Lebensmittelgroßhändlern fand diese Woche ein wissenschaftlicher Diskurs mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Future Operations Plattform statt. Dabei wurde übereinstimmend festgehalten, dass im Rahmen eines mittel- bis langfristigen Pandemiemanagements eine PCR-Teststrategie in einen gesamtheitlichen Kontext mit anderen COVID--19 Schutzmaßnahmen zu erarbeiten wäre.

(AG PCR-Testkapazitäten: Starlinger, Mursch-Edlmayr, Kopf, Klein, Hechtner, Abbrederis, Ditto, Puchhammer, Szekeres)

Rechtliche Fragen

GECKO bearbeitet eine ganze Reihe rechtlicher Fragen, etwa die automatisierte Erlassung bzw. Aufhebung von Absonderungsbescheiden, bzw. welche rechtlichen Grundlagen es zum verstärkten Einsatz von Personen, die sich in Ausbildung zu Medizin-, Pflege- und anderen Gesundheitsberufen befinden, in Notsituationen bräuchte.

(AG Rechtsfragen: Abbrederis, Hechtner, Kopf, Klein, Schnakl, Stöger, Vertreter BMSGPK)

Wien, am 4. Februar 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.

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, Niki Popper, Elisabeth Puchhammer-Stöckl, Katharina Reich, Eva Schernhammer, Reinhard Schnakl, Volker Schörghofer, Thomas Starlinger, Karl Stöger, Rudolf Striedinger, Thomas Szekeres, Oswald Wagner

Ingrid Brodnig verlässt auf eigene Bitte aus Zeitgründen die GECKO-Kommission. Die Vorsitzenden der Kommission bedanken sich für ihre sehr wertvolle Arbeit.