

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

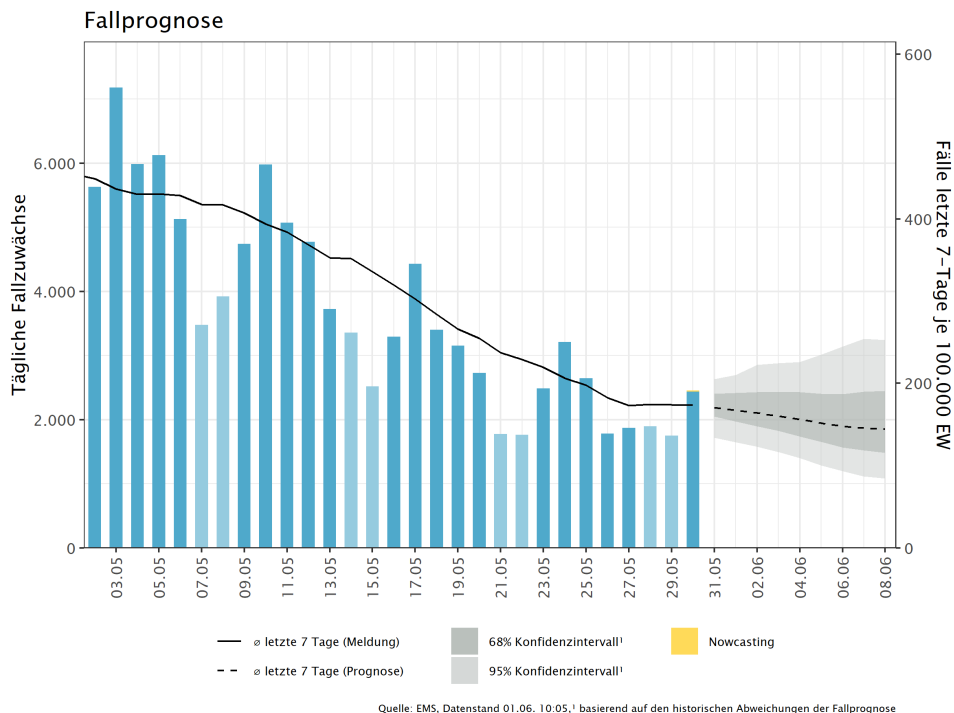
Ausgangslage

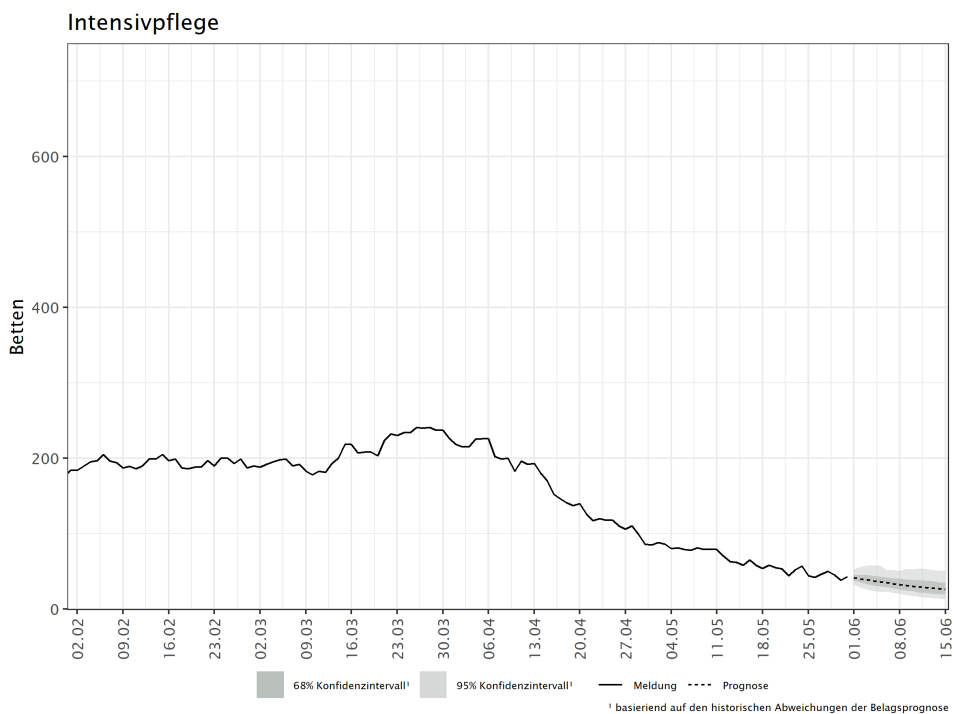
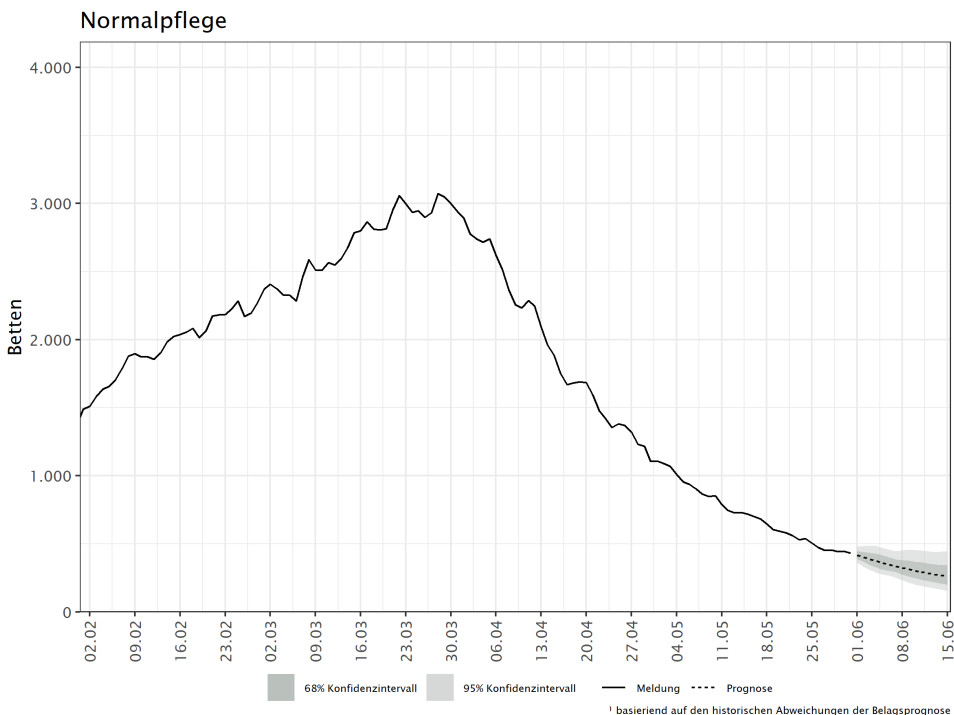
Die Bundesländer meldeten am 31. Mai 2022 1.903 neue Fälle an das Gesundheits- und das Innenministerium.

475 Personen (-8) befinden sich aufgrund des Coronavirus in Spitalsbehandlung, 43 (+5) auf Intensivstationen.

Prognosen

Die Fallentwicklung ist weiterhin rückläufig, wobei sich wie zuvor prognostiziert die epidemiologische Kurve mittlerweile abflacht. Die Prognose geht von einem allmählichen Übergang in eine konstante Fallentwicklung aus. Der Rückgang der Fallzahlen der letzten Wochen übersetzt sich nach wie vor in einen abnehmenden Spitalsbelag.





Übersicht unter: <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/COVID-Prognose-Konsortium-2022.html#mai-2022>

Laufende Evaluierung des Maßnahmenregimes

Die GECKO-Kommission beobachtet und bewertet die Situation laufend und tritt derzeit im Zwei-Wochen-Rhythmus zusammen. Es wird regelmäßig ein Executive Report veröffentlicht. Zu akuten Themen nimmt GECKO auf Anfrage der Regierung auch kurzfristig Stellung.

Vorbereitungen auf den Herbst

Am 7. Mai 2022 wurde GECKO in die Bearbeitung des Virusvariantenmanagementplans eingebunden. Im Rahmen eines Reviewprozesses haben die Expert:innen von GECKO zu allen darin enthaltenen Themengebiete wie etwa Testen, Impfen, Maßnahmen, Therapien oder Kommunikation ihre Stellungnahmen am 20. Mai 2022 abgegeben. Die weiteren Bearbeitungen finden derzeit durch das BMSGPK statt.

Aktuelle Themen der GECKO-Kommission

Die GECKO-Kommission tagte am 31. Mai 2022 unter der Leitung von Dr. Katharina Reich und Generalmajor Rudolf Striedinger. Folgende Fragestellungen wurden von den Expert:innen diskutiert und die hier dargestellten Einschätzungen der Bundesregierung übermittelt:

VIRUSVARIANTE OMIKRON

Laufende Evaluierung der Faktenlage zu Omikron national/international

Im Europäischen Raum verzeichnen derzeit fast alle Länder einen rückläufigen Trend bei der Anzahl der COVID-19 Neuinfektionen. Die durchschnittliche 14-Tages Inzidenz für alle EU-Mitgliedsstaaten liegt in der KW 20 bei 514,6/100.000 EW und ist damit um 100 Punkte niedriger als in der Vorwoche. Allerdings verzeichnen lt. ECDC Wochenbericht¹ zwei Länder, Portugal und Island, einen steigenden Trend bei den COVID-19 Neuinfektionen sowie bei den COVID-19 Hospitalisierungen.

Österreichweit zeigen neue Omikron Subvarianten eine steigende Tendenz. So stieg BA.4/5 in den Kalenderwochen 17 bis 19 in repräsentativen Stichproben von 0,6%, 1,5% auf 2,4% (AGES/IMBA SARseq). Im Abwasser wurde BA.5 bereits in 15 Kläranlagen (durchschnittlich 9%) und BA.4 in 4 Kläranlagen (durchschnittlich 4%) nachgewiesen. Bei den repräsentativen Stichproben hat BA.2.12.1 hat sich in dem Zeitraum zw. 0.8% und 1.2% eingependelt und wurde per Ganzgenomsequenzierung

¹ <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/country-overviews>

im Zeitraum von 1.-10. Mai. nur in einer Kläranlage detektiert. Jedoch scheint BA.2.12.1 in rezenten Daten aus Wien an Bedeutung zu gewinnen. Insgesamt ergibt sich ein Bild, dass die relativen Anteile der genannten BA.2 Subvarianten bei den österreichweiten Neuinfektionen tendenziell steigen. Wie schon beim Übergang von vorhergehenden dominanten Varianten ist auch hier eine gewisse geographische und zeitliche Heterogenität zu verzeichnen.

BA.2. ist jetzt global betrachtet die dominante COVID-19 Variante. In Israel ist im Mai 2022 die Reproduktionszahl erstmals seit längerem wieder auf über 1 gestiegen, welches auf eine Zunahme von BA.2 Infektionen zurückzuführen ist. Israel hat am 20. April das Maskenmandat in Innenräumen aufgehoben, worauf die steigenden Fallzahlen unter anderem zurückzuführen sein könnten.

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

Welche Lehren können vom aktuellen BA.4 bzw. BA.5-Ausbruch in Südafrika für Österreich gezogen werden?

Die beiden Subvarianten BA.4. und BA.5. sind jeweils im Jänner 2022 zum ersten Mal in Südafrika² aufgetreten. Mit April waren sie dominant (>50% der Neuinfektionen). Laut regelmäßiger Informationen³⁴ des National Institutes for Communicable Diseases in Südafrika wurde Mitte Mai der Gipfel der BA.4/5 Welle überschritten. Derzeit sind ca. 45% der Erwachsenen in Südafrika geimpft.

Lauf UKHSA⁵ vom 20. Mai 2022 ist in Großbritannien die Variante BA.2. weiterhin dominant ist und es haben sich derzeit einige Untervarianten entwickeln. Aktualisierte Wachstumsmodelle (derzeit noch auf kleinen Fallzahlen basierend, daher mit einem gewissen Maß an Unsicherheit) weisen jedoch darauf hin, dass die Subvarianten BA.4 und BA.5 wahrscheinlich einen Wachstumsvorteil gegenüber BA.2 haben werden, auch innerhalb des Vereinigten Königreichs. In Zusammenschau mit den Labordaten, die auf ein gewisses Maß an Immunflucht hindeuten, wurden BA.4 und BA.5 daher als

² <https://www.nicd.ac.za/omicron-lineages-ba-4-and-ba-5-faq/>

³ <https://www.nicd.ac.za/diseases-a-z-index/disease-index-covid-19/surveillance-reports/national-covid-19-daily-report/>

⁴ <https://www.nicd.ac.za/diseases-a-z-index/disease-index-covid-19/surveillance-reports/weekly-epidemiological-brief/>

⁵

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1077180/Technical-Briefing-42-20May2022.pdf

besorgniserregende Varianten eingestuft, da diese Klassifizierung eine Frühwarnung vor dem potenziellen Risiko einer verstärkten Übertragung in der Bevölkerung geben soll. Es liegen derzeit keine Daten vor, um die Auswirkungen dieser Varianten auf die Krankenhauseinweisungen im Vereinigten Königreich zu bestimmen.

BA.4/5 wurde auch in anderen Ländern Europas detektiert (unter anderem in Österreich), zB in Portugal wo diese Subvarianten derzeit bereits über 40% aller Neuinfektionen ausmachen. Laut UKHSA⁶ haben diese Varianten einen Wachstumsvorteil (relativer Vorteil 15% pro Tag, d.h. Verdoppelung alle 5 Tage). gegenüber vorangegangenen COVID-19 Varianten. Dies wurde auch in anderen Ländern wie Portugal und Südafrika nachgewiesen (ca. 10% Wachstumsvorteil pro Tag⁷).

Weitere relevanten Studien⁸ zeigen zum Beispiel, dass die Immunevasion nach vorangegangener BA.1 Infektion bei BA.4/5 höher ist. Dies kann auf einen geringeren Schutz vor symptomatischer Infektion hinweisen, insbesondere bei ungeimpften Personen.

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

Wie wird die Lage bezüglich anderer Varianten, wie zum Beispiel BA.2.12.1, eingeschätzt?

Hier sind unter anderem die Erkenntnisse die aus den USA interessant. Die Variante BA.2.12.1. ist derzeit in den USA unter allen neu auftretenden Infektionen die dominante Form. Sie macht laut dem jüngsten Bericht der CDC⁹ derzeit 58 % aller Neuinfektionen aus (im Nordosten der USA bis zu 78 %).

In Anbetracht der wachsenden Dominanz von BA.2.12.1. welches sich noch rascher zu verbreiten scheint als BA.2. (nicht verifizierte Schätzungen, dass es etwa 25 % infektiöser ist als frühere Varianten), zeigen sich steigende Neuinfektionszahlen mit über 100.000 neuen Fällen pro Tag, was zuletzt im Februar 2022 in den USA der Fall gewesen ist. Parallel steigen auch die Hospitalisierungen wieder. New York City ist alarmiert, da aufgrund der insgesamt hohen Fallzahlen dort die Hospitalisierungsraten wieder ein Niveau erreichen, welches das Gesundheitssystem unter Druck setzt. Andere Bundesstaaten

⁶

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1073611/28-april-2022-risk-assessment-for-v-22APR-03-and-v-22APR-04-2.pdf

⁷ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.05.01.22274406v1.full.pdf>

⁸ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.04.29.22274477v1>

⁹ <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#variant-proportions>

im Nordosten der USA verzeichnen bereits wieder ein Abwärtstrend bei den Neuinfektionen (New Jersey, New York State, Rhode Island).

Derzeit weist nichts darauf hin, dass Verläufe einer Erkrankung mit BA.2.12.1 anders oder schwerer sind als bei BA.1. oder BA.2. Auch scheinen die vorherrschenden Impfstoffe weiterhin gegen BA.2.12.1. effektiv zu sein¹⁰. Die Symptome einer Infektion mit BA.2.12.1. dürften vergleichbar mit jenen vorangegangener Omikron Varianten sein, wenn auch möglicherweise etwas häufiger eine rinnende Nase und Müdigkeit auftreten.

In Kanada¹² ist BA.2.12.1. derzeit noch von relativ untergeordneter Bedeutung (< 10% der Fälle), allerdings gibt es ebenfalls einen klaren Aufwärtstrend aufgrund der schnelleren Ausbreitung.

In anderen Teilen der Welt scheint BA.2.12.1. derzeit noch nicht oder nicht von Relevanz zu sein.

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

Kommunikation zu „Warum eine „Genesung“ nicht mehr als „gleichwertig einer Impfung“ gezählt wird“

Infektionen, die besonders die oberen Atemwege betreffen, hinterlassen häufig keine dauerhafte und belastbare systemische Immunität, wie das z.B. von Infektionen mit klassischen „Schnupfenviren“ bekannt ist.

Dies trifft auch und vor allem auf asymptomatische und oligosymptomatische Infektionen zu, wie sie in hohem Anteil bei Omikron-Infektionen vorkommen. Eine durchgemachte Omikron-Infektion hinterlässt dadurch möglicherweise beim Infizierten trotz positiver PCR keine ebenso anhaltende Immunität, wie dies nach einer Impfung der Fall ist oder wie dies bei den früheren Varianten wie Delta gegeben war, die durch schwerere Krankheitsverläufe eine bessere und vor allem konstantere Immunität hinterlassen haben. Dieser besonderen Situation gilt es in der Impfempfehlung Rechnung zu tragen.

Daher empfiehlt das NIG, dass man vorläufig jedenfalls für eine breite und gut ausgeprägte Immunitätslage in Hinblick auf SARS-CoV-2 eine Grundimmunisierung bestehend aus 3 Impfungen (Schema 2+1), unabhängig von durchgemachten Infektionen braucht. Eine Infektion hat lediglich Auswirkungen auf den empfohlenen Zeitpunkt für die nächste Impfung, d.h. es wird der empfohlene Zeitpunkt für die nächste Impfung entsprechend den unten angeführten Angaben verschoben.

¹⁰ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.03.22.22272745v1.full.pdf>

¹¹ [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(22\)00309-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(22)00309-7/fulltext)

¹² https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/voc/covid-19-omicron-risk-assessment.pdf?sc_lang=en

Genesung und danach Impfung

Die erste Impfung soll ab ca. 4 Wochen nach abgelaufener Infektion (negativer PCR-Test) bzw. Genesung erfolgen. Für genesene Personen ab 5 Jahren werden daher insgesamt 3 Impfungen empfohlen im regulären Schema empfohlen.

Genesung nach einer Impfung

Kommt es im Intervall zwischen 1. und 2. Impfung (Abstand mind. 21 Tage zur ersten Impfung) zu einer mittels PCR-Test bestätigten Infektion, wird die zweite Impfung ab 4 Wochen nach Genesung empfohlen. Auch in diesem Fall wird für genesene Personen ab 5 Jahren eine 3. Impfung ab 6 Monaten nach der zweiten Impfung empfohlen.

Zwei Impfungen und danach Genesung

Kommt es mind. 21 Tage nach den ersten beiden Impfungen zu einer mittels PCR-Test bestätigten Infektion, dann wird eine 3. Impfung für Personen ab 5 Jahren ab 6 Monate nach abgelaufener Infektion (negativer PCR-Test) bzw. Genesung empfohlen. Es wird also der Impfabstand ab der letzten Infektion gerechnet.

Drei Impfungen und danach Genesung

Erfolgt nach der 3. Impfung eine mittels PCR-Test bestätigte Infektion, dann ist derzeit keine weitere Impfung empfohlen (ausgenommen die in den NIG-Empfehlungen angegebenen Personengruppen mit besonderem Risiko). Es ist aber davon auszugehen, dass auch Personen, die diese Konstellation aufweisen, vor den voraussichtlich nächsten Infektionswellen im Spätsommer/Herbst 2022 eine weitere Impfung benötigen werden.

(Nach Informationen des Nationalen Impfgremiums)

Welche Schutzmaßnahmen haben andere (europäische) Staaten (v.a. Österreichs Nachbarländer, UK, ISR) noch aufrecht?

In den 18 beobachteten Staaten wurde eine vollständige Öffnung des wirtschaftlichen und sozialen Lebens weitgehend umgesetzt (einzige Ausnahme ist Frankreich, wo noch eine Sperrstunde in der (Nacht-)Gastronomie besteht). Der „grüne Pass“ ist überwiegend nicht mehr verpflichtend, in einigen Staaten braucht man ihn noch zur Einreise und/oder in Gesundheitseinrichtungen.

Auch die Maskenpflicht wurde weitgehend aufgehoben, eine allgemeine Maskenpflicht für Innenräume gibt es nur noch in Griechenland und Schottland. In einigen Ländern gilt eine Maskenpflicht spezifisch in vulnerablen Bereichen wie Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sowie fallweise öffentlichen Verkehrsmitteln.

Das Testangebot wurde in den meisten Ländern stark eingeschränkt. Abgesehen von Verdachtsfällen und Kontaktpersonen werden in den meisten Ländern nur noch Personen in vulnerablen Bereichen wie Gesundheitseinrichtungen oder Gefängnissen getestet. Kostenfreie Tests stehen in den meisten Ländern für die Allgemeinbevölkerung nicht mehr zur Verfügung.

Nähere Informationen siehe Anhang.

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

IMPFEN

Welche neuen Erkenntnisse gibt es in Bezug auf Impfungen für Kinder?

Ergänzend zum GECKO Executive Report 13 sind folgende Informationen relevant. Die FDA¹³ hat am 17.5.2022 eine Emergency Use Authorization für die Auffrischungsdosis (3.Impfung) für Kinder von 5-11 Jahren ausgesprochen. Diese sollte erst mindestens fünf Monate nach der zweiten Impfung erfolgen. Das österreichische nationale Impfgremium hat eine ähnliche Empfehlung (dzt. off label) Ende April ausgegeben: Bei Kindern von 5-11 Jahren soll die 3. Impfung ab 6 Monate nach der 2. Impfung, spätestens zu Schulbeginn vor den voraussichtlich nächsten Infektionswellen im Spätsommer/Herbst 2022 erfolgen. Es wird davon ausgegangen, dass die EMA demnächst auch eine ähnliche Empfehlung für die Altersgruppe 5-11 Jahre ausspricht.

Das CDC hat mit 20.5.2022 eine Empfehlung für eine vierte Impfung bei immunsupprimierten Personen ab dem Alter von 12 Jahren ausgesprochen. Auch die Anwendungsempfehlung des NIG teilt diese Empfehlung ab dem Alter von 12 Jahren.

Eine Zusammenfassung der Verträglichkeit der COVID-Impfstoffe bei Kindern wird nunmehr auch vom Paul Ehrlich Institut¹⁴ vorgestellt und umfasst alle Meldungen von Nebenwirkungen bei Kindern bis zum 31.3.2022. Dabei zeigt sich sehr eindrücklich, dass die als sehr seltene Nebenwirkung befürchteten Fälle von Myokarditis bei Adoleszenten und jungen Männern bei Kindern zwischen 5 und 11 Jahren augenscheinlich nicht vorkommen, zumindest weist das PEI nicht einen einzigen Fall aus. Auch in allen

¹³ <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-expands-eligibility-pfizer-biontech-covid-19-vaccine-booster-dose>

¹⁴ https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-31-03-22.pdf?__blob=publicationFile&v=5

anderen Parametern zur Verträglichkeit finden sich bei Kindern deutlich seltener Meldungen als bei Adoleszenten. Dabei beziehen sich die Daten praktisch zu 100% auf Comirnaty (Biontech/Pfizer).

(AG Kinder Schernhammer, Puchhammer, Kollaritsch, Bergthaler, Popper, Druml, Reich)

SITUATION KRITISCHE INFRASTRUKTUR

Wie ist die aktuelle Situation in versorgungskritischen Bereichen bzw. in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen?

Mittlerweile hat sich die Situation in allen Bereichen der kritischen Infrastruktur entspannt. In den diversen Gremien (SKKM, LSD-Konferenz, Corona-Kommission, S4-Runde etc.) wird über keine Probleme berichtet.

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

KOMMUNIKATION

Welche Kommunikationsmaßnahmen erscheinen angesichts der aktuellen sinkenden allgemeinen Gefahrenwahrnehmung sinnvoll? Gibt es (internationale) best practice Beispiele von Maßnahmen bzw. Botschaften?

Das Best-Practice Assessment zu "Communication Strategies" der Population Health Information Research Infrastructure (PHIRI) on COVID-19 (v. 25.4.2022) gibt einen Überblick über die Kommunikationsstrategien für 13 europäische Länder. Dabei zeigte sich, dass insbesondere Irland einen sehr gut ausdifferenzierten Kommunikationsansatz verfolgt, der als Best-Practice-Beispiel dienen kann. Die Informationen werden sehr klar strukturiert und gezielt kommuniziert. Die inhaltlichen Botschaften sind angepasst an die in Irland geltenden Regeln und betonen in dieser Phase der Pandemie, dass trotz Lockerungen COVID-19 immer noch da ist und eine gemeinsame Reaktion in kritischen Bereichen weiterhin erforderlich ist.

Welche Rolle spielen, neben den bereits identifizierten Multiplikatoren, die Medien (Qualitätsmedien bzw. Boulevard) in der Überzeugungsarbeit und macht es Sinn, diese als Multiplikatoren einzusetzen?

Die traditionellen Massenmedien sind weiterhin die zentrale Arena der öffentlichen Kommunikation und eine sehr wichtige Informationsquelle für die Bevölkerung. Die Bevölkerung erwartet sich von den Medien insbesondere, dass diese Fakten überprüfen und Aufklärung leisten, eine Plattform für die Kommunikation wissenschaftlicher Erkenntnisse bieten, aber auch das Krisenmanagement der Regierung kritisch hinterfragen und dadurch eine demokratische Kontrollfunktion ausüben¹⁵. Gerade die letztgenannte Kontrollfunktion der Medien scheint im Laufe der Corona-Krise stärker in den Vordergrund gerückt zu sein, nachdem zu Beginn der Krise die Mitwirkung bei der Krisenbewältigung stärker sichtbar war. Insgesamt ergibt sich daraus für die Medien eine Doppelrolle: Die Medien sind essentielle Multiplikatoren, wenn es darum geht, die Bevölkerung zu informieren und Falschinformationen aufzudecken. Gleichzeitig jedoch sind aufgrund der demokratischen Kontrollfunktion eine kritische Distanz und ein offener Umgang mit Kritik erforderlich.

Wie sinnvoll bzw. effektiv ist es, in der Kommunikation auf einen möglichen zu erreichenden Zielzustand in Bezug auf die Gesamt-Impfquote abzielen?

Grundsätzlich ist eine klare und möglichst genaue Zieldefinition eine essentielle Grundlage für die Planung und Durchführung der Impfkampagne. Nur unter dieser Maßgabe kann der Ressourceneinsatz möglichst zielgenau und effizient geplant werden. Für die Motivation der Bevölkerung ist davon auszugehen, dass von so einer Zieldefinition nur eine geringfügige Wirkung ausgeht. Der Wunsch nach einem Leben wie vor der Pandemie stellte bei der Grundimmunisierung nur eines von vielen Motiven für die Impfung dar. Im Zeitverlauf hat dieses Motiv zudem an Bedeutung verloren. Zu beachten ist, dass Ziele auch realisierbar sein müssen, da zu hochgesteckte und verfehlte Ziele auch demotivierend wirken können. Es stellt sich zudem die Frage, inwiefern nicht spezifischere Teilziele (z.B. für Subgruppen) aus medizinisch-fachlicher Sicht geeigneter wären.

¹⁵ <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog40/>

Welche wesentlichen Erkenntnisse brachte die letzte Welle des ACP in Bezug auf Impfung und Kommunikation?

Im April 2022 stagnierte die Impfbereitschaft, wie bereits auch in den Vormonaten seit Jänner 2022. Der Anteil der Genesenen stieg weiter an. Die Zustimmung zur kostenlosen Bereitstellung des Impfstoffes liegt weiterhin auf hohem Niveau (82 Prozent), die Zustimmung für die allgemeine Impfpflicht sank leicht (auf 36 %) ebenso wie die Zustimmung für eine berufsgruppen-spezifische Impfpflicht (auf 52 %). Die Einstellungen zur Corona-Schutzimpfung veränderten sich nur geringfügig. Zu beobachten ist, dass das Vertrauen in die Schutzwirkung in Bezug auf Selbst- und Fremdschutz bei bereits Geimpften leicht zurückging. Die Auffrischungsrate weist weiterhin einen starken Altersgradienten auf, wobei in der jüngsten Alterskohorte auch noch einige wenige impfbereite Personen vorhanden sind.

Rund 47 % der Befragten gaben an, sich ehestmöglich wieder impfen zu wollen, sobald eine neuerliche Impfung für sie empfohlen wird. Rund 27 % zeigten sich zögerlich oder unentschlossen in Bezug auf die Auffrischungsimpfung, ca. 10 % waren nicht impfbereit und bei ca. 17 % fehlte weiterhin eine Erstimpfung.

Rund 78 % der Befragten hatten mindestens einmal in den letzten vier Wochen Werbung der Impfkampagne gesehen (entweder im Fernsehen, in Zeitungen/Zeitschriften, online/soziale Medien, Plakate, oder schriftlich/telefonisch/bei Veranstaltungen).

Welche Effekte haben Therapien (vorhandene Medikamente wie etwa Paxlovid) auf die Impfbereitschaft?

Personen, die auf Impfungen vertrauen, stehen auch Medikamenten positiver gegenüber, während die verbleibenden Impfskeptiker ganz überwiegend beides ablehnen. Nur rund 20 Prozent der nicht-geimpften Personen (und damit ein deutlich kleinerer Anteil als bei den geimpften) ist gut über die COVID19-Medikamente informiert. Das Vertrauen in Pharmaunternehmen ist in dieser Gruppe äußerst gering (80 Prozent haben wenig bis überhaupt kein Vertrauen).

Sollte man hinsichtlich der Tonalität eher auf der „wissenschaftlichen“ Seite bleiben oder zB auf Emotionen („Zusammenhalt“) setzen?

Emotionen spielen eine wichtige Rolle für die Motivation von Verhalten. Bisherige Ergebnisse¹⁶ legen nahe, dass die Gefahrenwahrnehmung sowie das Gemeinschaftsgefühl mit der Impfbereitschaft zusammenhängen. Allerdings ist eine übermäßige Emotionalisierung der Diskussion auch kritisch zu sehen, da sichergestellt sein muss, dass eine entsprechende Faktenbasis und Wissenstand in der Bevölkerung gegeben sind.

(AG Kommunikation Partheymüller, Szekeres, Geschäftsstelle)

Wien, am 31. Mai 2022

¹⁶ <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.671896/full>

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, 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

ANHANG Gültige Maßnahmen in ausgewählten Ländern¹⁷

	Maskenpflicht	G-Regelungen	Testen (außer Verdachtsfälle und Kontaktpersonen)
Belgien	» Krankenhäuser, Arztpraxen und Apotheken	» keine	» Neuzugänge in Krankenhäusern, Alten-, Pflege-, Kinderheimen und Gefängnissen
Dänemark	» Flugzeuge und Flughäfen	» 3G für Einreise	» Kostenfreie Testungen für alle » Bei regionaler Erhöhung der Infektionszahlen: Gesundheits- und Pflegepersonal zweimal wöchentlich
Deutschland	» Großveranstaltungen » öffentlicher Verkehr » Gesundheitseinrichtungen	» 2G in Diskos, etc. » 3G für Einreise	» Gesundheitspersonal jeden Werktag » Schüler:innen drei Mal die Woche
Finnland	» Zügen, Flughäfen, öffentlicher Verkehr (Hauptstadtregion)	» keine	» (keine Informationen)
Frankreich	» Verkehrsmittel » Gesundheitseinrichtungen	» 2G für Freizeitaktivitäten, Restaurants, Bars und Langstreckenreisen » 3G für Zugang zu Gesundheitseinrichtungen » 3G in Verkehrsmitteln » 3G für Einreise	» Keine kostenfreien Tests
Griechenland	» Beliebige Maske im Innenbereich, in Flughäfen und in Flugzeugen » FFP2-Pflicht (oder 2x MNS) in Supermärkten und Verkehrsmitteln	» Spitäler und Diagnosezentren: 3G für Begleitpersonen; Test-Nachweis für Patient:innen, welche operiert werden	» 1 Schnelltest pro Woche für ungeimpfte Arbeitnehmer:innen » In Krankenhäusern und Altenpflegeheimen 2 Schnelltests pro Woche für ungeimpfte Arbeitnehmer:innen
Großbritannien	» Schottland: MNS in öffentlichen Räumen, Arbeitsplatz, Gastronomie, öffentlichen Verkehrsmitteln » Wales: MNS im Gesundheits- und Pflegebereich	» keine	» Antigen-Tests bei NHS-Gesundheitspersonal mit Patientenkontakt, einige Pflegekräften (Hospiz, Pflegeheime)

¹⁷ <https://dory.goeg.at/s/dzaPWYo5nTPGcoY>

	» England und Nordirland: keine		» Ansonsten keine kostenfreien Tests
Irland	» keine	» keine	» keine kostenfreien Tests
Italien	» Großveranstaltungen » öffentlicher Verkehr » Gesundheitseinrichtungen	» 2G in Gesundheitseinrichtungen » 3G bei touristischer Einreise	» Keine Angaben
Niederlande	» Keine	» Keine	» Keine
Norwegen	» keine	» Keine. Es gelten die gleichen Regelungen wie vor der Corona-Pandemie.	» keine
Schweden	» Keine	» Keine	» Testungen mit 9.2.2022 gestoppt (ausgenommen medizinisches Personal & Pflegebedürftige)
Schweiz	» Im öffentlichen Verkehr sowie in Gesundheitseinrichtungen	» Keine	» Bund übernimmt die Kosten von individuellen Einzel-PCR-Tests in folgenden Fällen: Symptome, Meldung der SwissCovid-App, Kontakt zu einem bestätigten Fall, Anweisung von einer kantonalen Stelle oder von einer Ärztin/einem Arzt erhalten.
Slowakei	» FFP-2-Maskenpflicht gilt nur noch für Krankenhäuser, Altenheime und Apotheken.	» Keine	» Nur Verdachtsfälle.
Slowenien	» in Krankenhäusern, Alteneinrichtungen und Haftanstalten.	» 3-G-Regel gänzlich aufgehoben. Auch in Kranken-, Ärztehäusern, Pflege-, Erziehungsheimen, und Haftanstalten nicht mehr vorgeschrieben.	» kostenlose Massentests eingestellt; Tests kostenpflichtig.
Spanien	» für Pers ab 6 Jahren nur noch in öfftl. Verkehrsmitteln, in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern, Gesundheitszentren, Apotheken sowie für die Beschäftigten u. Besucher von Alten- u. Pflegeheimen.	» 3 G-Regel bei Einreise aus allen Staaten am Luft- oder Seeweg	» Keine Gratis-Tests, außer im konkreten Krankheitsfall für sozialversicherte Personen
Tschechien	» nur in Kranken- und Sozialeinrichtungen	» Keine	» Keine Angaben

Ungarn	» In sämtlichen Gesundheitseinrichtungen.	» 3-G in Gesundheitseinrichtungen	» Verdachtsfall, Kontaktpersonen, Patient*innen vor größeren Operationen, Bewohner*innen von Altersheimen vor Rückkehr aus einem Spital, Schnelltests für Schüler*innen.
--------	---	-----------------------------------	--