

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

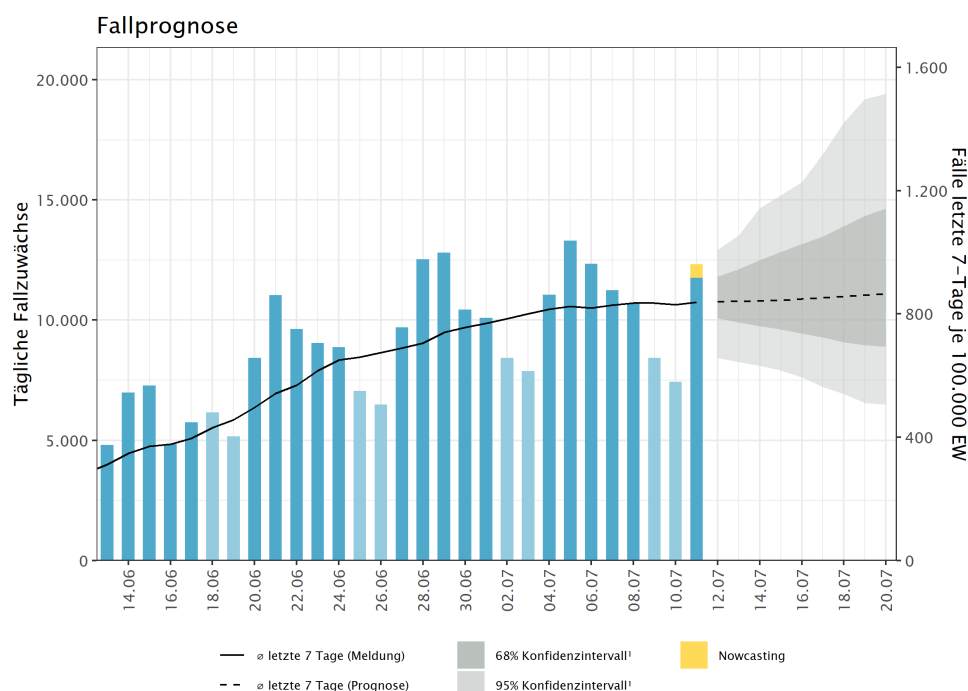
## Ausgangslage

Die Bundesländer meldeten am 11. Juli 2022 10.930 neue Fälle an das Gesundheits- und das Innenministerium.

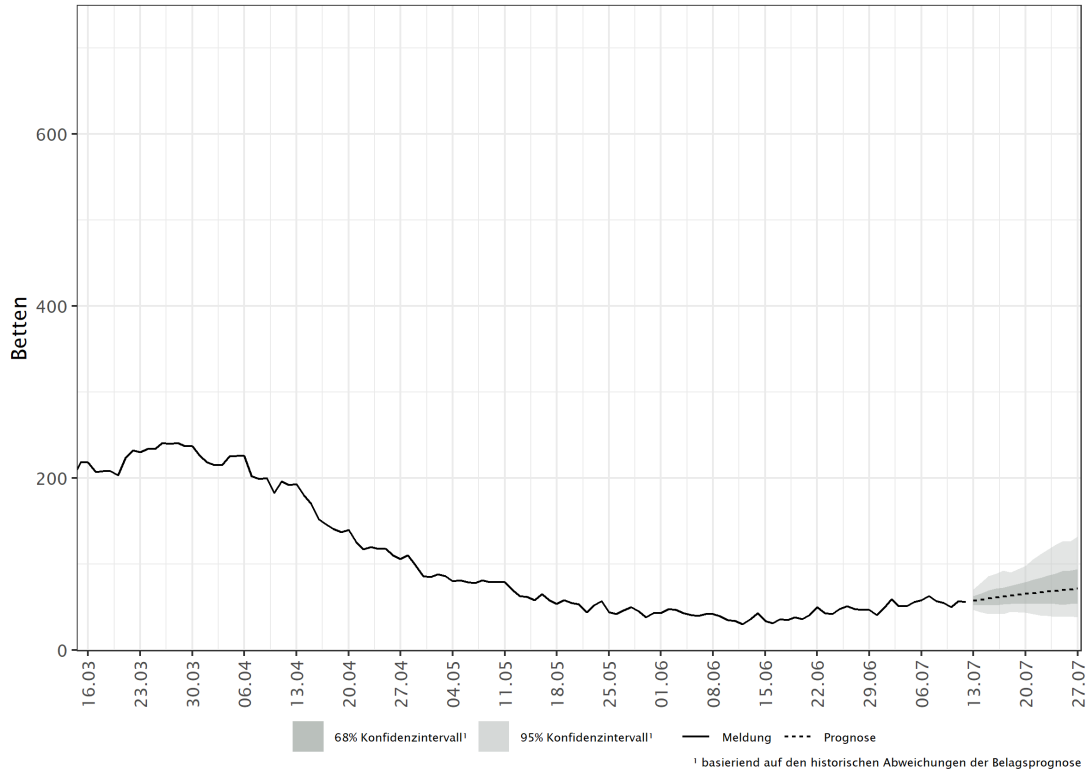
1.046 Personen (+84) befanden sich aufgrund des Coronavirus in Spitalsbehandlung, 57 (+8) davon auf Intensivstationen.

## Prognosen

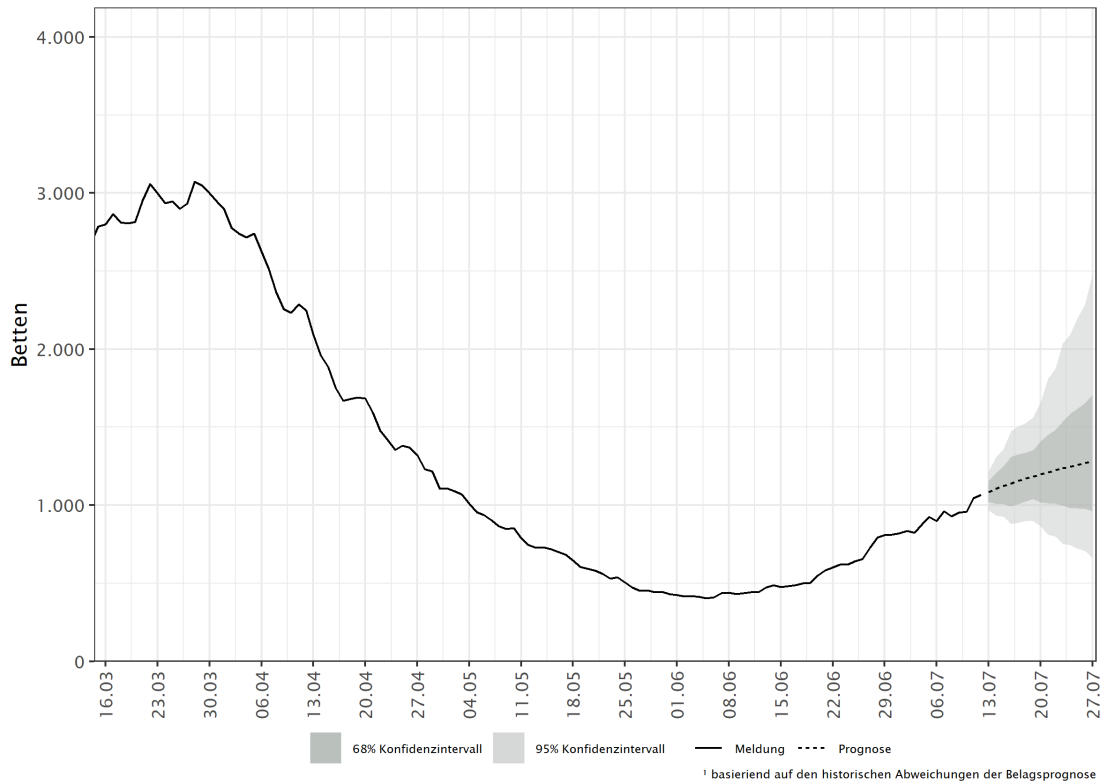
In Wien und Niederösterreich lagen die beobachteten Werte unter der Prognose (unterhalb des 68% Konfidenzintervalls), was darauf hindeuten kann, dass der Ferieneffekt stärker als in der letzten Prognose erwartet eingetreten ist. In den restlichen Bundesländern lagen die prognostizierten Werte deutlich näher an den gemeldeten Infektionen. Für die aktuelle Prognose wird das Eintreten des Ferieneffekts und damit einhergehend eine Abflachung der Infektionsmeldungen auch in den westlichen Bundesländern erwartet. Aktuell wird daher eine Fortschreibung der bisherigen Inzidenzen ohne maßgebliche Zunahme der Dynamik erwartet; wobei bereits erste Effekte durch Reiserückkehrer bis zum Ende des Zeitraums der gegenständlichen Kurzfristprognose möglich sind und zu einem Anstieg führen könnten.



## Intensivpflege



## Normalpflege



Übersicht unter: <https://www.sozialministerium.at/Corona/Coronavirus/COVID-Prognose-Konsortium-2022.html#juli-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.

## **Aktuelle Themen der GECKO-Kommission**

Die GECKO-Kommission tagte am 11. Juli 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**

Die 14-Tages-Inzidenz in Europa stieg in der KW26 auf 921/100.000 EW, verglichen mit 715/100.000 EW in der Vorwoche. In der Altersgruppe der über 65-jährigen steigt die Fallzahl in 22 von 24 Ländern seit fünf Wochen an. Dieser Anstieg in der höheren Altersgruppe zeigt sich langsam auch in der Zahl der schweren Verläufe und Hospitalisierungen. Von 33 Ländern, die Indikatoren zu Hospitalisierung und Intensivbelegung melden, zeigte sich in 18 eine Zunahme im Vergleich zur Vorwoche.

Die Todesrate gerechnet auf die letzten 14 Tage ging zurück – von 7 Toten/Millionen Einwohner im Zeitraum davor auf 5 Tote/Millionen Einwohner<sup>1</sup>. Die Prognose bis zur Woche 28 geht von steigenden Zahlen bei Fällen, Hospitalisierungen und Todesfällen aus. Weltweit sind die Fallzahlen die vierte Woche in Folge steigend. Die Zahl der wöchentlichen Todesfälle ist um 12 Prozent gesunken. In der Woche von 27. Juni bis 3. Juli waren es 4,6 Millionen Fälle und über 8.100 Todesfälle<sup>2</sup>.

Allgemein lässt sich aus der wachsenden Datenlage zur Immunevasion von neuen Omikron Subvarianten schließen, dass sich die Omikron-Linie von SARS-CoV-2 stetig weiterentwickelt und sukzessive Subvarianten hervorbringt, die nicht nur übertragbarer sind, sondern auch Antikörpern besser ausweichen können. Insbesondere sei hier eine Arbeit von Michlmayr et al.<sup>3</sup> erwähnt, in der die Infektionsraten vor und nach COVID-19 Infektion bei Ungeimpften untersucht wird (Daten aus Dänemark). In dieser Studie wird sehr klar belegt, dass vor dem Auftreten von Omikron der Schutz, den man durch eine durchgemachte SARS-CoV-2 Infektion erwarb in etwa dem durch Impfung erworbenen Schutz entsprach, aber dass mit dem Auftreten von Omikron dieser Schutz durch vorangegangenen

---

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

<sup>2</sup> <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---6-july-2022>

<sup>3</sup> [https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762\(22\)00146-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762(22)00146-6/fulltext)

Infektion gegen Reinfektion dramatisch abgenommen hat, was vorwiegend auf die laufende Evolution des Virus zurückgeführt wird.

Weitere Studien im Detail:

Arora et al.<sup>4</sup> berichten von einer deutlichen Immunevasion von BA.2.12.1 und BA.4/5, unabhängig davon ob Antikörper durch eine vorangegangene BA.1 oder BA.2 Infektion oder durch (3-fach) Impfung oder einer Mischung der beiden induziert worden waren. Zu einem ähnlichen Schluss kommen Quandt et al.<sup>5</sup>, in deren Studie Durchbruchinfektionen mit BA.1 (in Geimpften) nicht zu einer robusten Neutralisationsaktivität gegen BA.4/5 führten, sowie Reynolds et al.<sup>6</sup>. In letzterer Studie wird die Terminologie „hybrid immune dumping“ eingeführt, die die Beobachtung beschreibt, dass die Kombination aus Impfung und Infektion mit dem ancestralen Wuhan SARS-CoV-2 Virus, gefolgt von einer neuerlichen Infektion mit der Omikron Variante BA.1. sogar einen negativen Effekt auf das Immunpriming haben kann. Wang et al.<sup>7</sup> bestätigen die Immunevasion von BA.2.12.1. und insbesondere BA.4/5 anhand einer systematischen antigenischen Analyse unter Verwendung von Sera von geimpften, geboosterten, oder vorherig infizierten Personen. BA.4/5 ist 4.2-mal resistenter gegen Sera von geimpften bzw. geboosterten Individuen in diesen Untersuchungen.

Gagne et al.<sup>8</sup> untersuchen ob eine Auffrischungsimpfung mit mRNA-1273 (Moderna) oder mRNA-Omikron einen Effekt auf die Antikörperantwort hat. Sie finden keinen nennenswerten Unterschied zwischen der „alten“ und der upgedateten Version dieser mRNA Impfstoffe. Dies war bereits vor einigen Monaten aus einer Untersuchung<sup>9</sup> an Makaken abgeleitet worden.

Sacco et al.<sup>10</sup> zeigen in einer Untersuchung an italienischen Schulkindern (5-11 Jahre alt; Januar bis April 2022), dass die Impfung (komplett oder partiell) ca. 40 % Effektivität gegen schwere Verläufe aufweist und einen moderaten Effekt gegen Infektion der mit 38.7 % in den ersten 14 Tagen nach der Impfung seinen maximale Effektivität erreicht und dann auch rasch wieder abnimmt (21.2 % 43-84 Tage nach vollständiger Impfung). Aus eigenen Untersuchungen berichten die Autoren, dass diese Effektivität bei 12+ jährigen Kindern deutlich höher lag (44 % vor Infektion; 71 % vor schwerer Erkrankung), und

---

<sup>4</sup> <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2822%2900422-4>

<sup>5</sup> <https://www.science.org/doi/10.1126/sciimmunol.abq2427>

<sup>6</sup> <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abq1841>

<sup>7</sup> [https://www.nature.com/articles/s41586-022-05053-w.epdf?sharing\\_token=5g2V0CB5qH9Vp9XBmuUo\\_tRgN0jAjWel9jnR3ZoTv0MPmmonOrsH7v1bhTZHMjEUSxKnlsggiNRpuVFuTxQCVDh1aH2ATmpzpbKieYzd8G4crRpxiSBBQXqgKIPT7PJA4ADNPXKWBNfWVs7XhtLI6b5DqgleHCVq8Y8WIND\\_jzo%3D](https://www.nature.com/articles/s41586-022-05053-w.epdf?sharing_token=5g2V0CB5qH9Vp9XBmuUo_tRgN0jAjWel9jnR3ZoTv0MPmmonOrsH7v1bhTZHMjEUSxKnlsggiNRpuVFuTxQCVDh1aH2ATmpzpbKieYzd8G4crRpxiSBBQXqgKIPT7PJA4ADNPXKWBNfWVs7XhtLI6b5DqgleHCVq8Y8WIND_jzo%3D)

<sup>8</sup> [https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(22\)00388-9?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867422003889%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(22)00388-9?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867422003889%3Fshowall%3Dtrue)

<sup>9</sup> [https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(22\)00388-9?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867422003889%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(22)00388-9?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867422003889%3Fshowall%3Dtrue)

<sup>10</sup> [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01185-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01185-0/fulltext)

ein Unterschied aufgrund der unterschiedlichen Impfdosierung bei 5-11-jährigen versus 12+ jährigen Kindern derzeit nicht ausgeschlossen werden kann.

In einer Studie von Watson et al.<sup>11</sup> wird anhand von Daten (offizielle Todesraten, Impfraten) aus 185 Ländern und Regionen modelliert, wie viele Menschenleben durch die Impfung bisher gerettet werden konnten. Die Autoren gehen davon aus, dass alleine zwischen Dezember 2020 und Dezember 2021 14,4 Millionen Tode durch die COVID-19 Impfung vermieden wurden. Wenn anstelle der offiziellen Sterbedaten die excess mortality (im Vergleich zu Referenzperioden vor der Pandemie) zur Berechnung herangezogen wurde, so erhöht sich diese Zahl auf 19,8 Millionen Tode die mit der Impfung verhindert werden konnten. Die Studie zeigt gleichzeitig auf, wie viele Menschenleben verloren wurden, weil das von der WHO angestrebte Impfziel nicht erreicht werden konnte und weist somit auch neuerlich die Wichtigkeit einer gerechten globalen Verteilung von Impfstoffen hin.

Al-Aly et al.<sup>12</sup> haben mit Daten der US Veteranen untersucht, wie sich das Risiko für eine Reihe von Folgeerkrankungen bis hin zur Sterblichkeit verhält, wenn sich jemand mit COVID-19 reinfiziert. Die Autoren beschreiben das Sterberisiko als doppelt so hoch nach Reinfektion (multivariabel adjustierte hazard ratio 2.14; 95% CI 1.97-2.33), sowie eine Erhöhung des Risikos für Hospitalisierung und andere Erkrankungen wie der Lunge, des Herz-Kreislaufsystems, der Nieren usw. Die Analysen bieten umfassende Information etwa zum Effekt der Impfung (das höhere Risiko war weitgehend unabhängig vom Impfstatus) oder von 2-fach Reinfektion, sowie auf die akute versus postakute Phase nach Infektion beschränkt. Die Population jener die sich ein oder zwei Mal reinfizierten erscheint von vorneherein deutlich kränker oder immungeschwächerter im Vergleich zu allen anderen in dem Studiensample, jedoch wird dieser Umstand analytisch in Betracht gezogen (multi-variables Adjustieren der Modelle). Die Autoren schließen aus ihren Daten, dass eine Reinfektion mit COVID-19 (alle Daten vor Omikron) zu einem höheren Risiko von Mortalität und Folge/Begleiterkrankungen beiträgt. Die Studie ist nicht gänzlich ohne Limitationen (z.B. wird nicht zwischen Reinfektion und Re-Positivität unterschieden); dennoch ergibt sich vorläufig daraus, dass Personen die bereits einmal an COVID-19 erkrankt waren (und möglicherweise insbesondere jene mit Begleiterkrankungen oder geschwächtem Immunsystem), eine neuerliche Infektion weiterhin vermeiden sollten.

Trotz laufend neuer wissenschaftlicher Literatur zum Thema Long-COVID bleibt die Datenlage unsicher, vor allem, da die diversen Studien mit zum Teil großen Schwankungsbreiten behaftet sind. Es bleibt daher weiterhin schwierig, einzuschätzen wie viele Menschen nach einer COVID-19 Infektion tatsächlich von Long-COVID betroffen sind und wie sich dies mit den rezenten Varianten unter Umständen verändert hat.

AG Omikron (Schernhammer, Kollaritsch, Bergthaler, Popper, Aberle (iV Puchhammer))

---

<sup>11</sup> <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2822%2900320-6>

<sup>12</sup> <https://www.researchsquare.com/article/rs-1749502/v1>

## Kinder

### **Welche neuen Erkenntnisse gibt es in Bezug auf Impfungen für und Krankheitsverlauf bei Kinder?**

Hinsichtlich des Long-COVID Risikos von Kindern gibt es eine rezente Studie aus Dänemark, die zu den bereits vorhanden Studien (mit insgesamt eher gemischten Resultaten: 5 der 7 früheren Studien über Long-COVID bei Kindern, die eine Kontrollgruppe einschlossen, fanden einen Unterschied in der Prävalenz anhaltender Symptome mit mehr Symptomen in der Fallgruppe, während zwei Studien keinen Unterschied feststellten; die Prävalenz von Long-COVID lag bei 4%-66%, abhängig von Faktoren wie der Anzahl und Art der einbezogenen Symptome) einen wichtigen Beitrag liefert. Kikkenborg Berg et al.<sup>13</sup> zeigen in einer nationalen Studie aus Dänemark bei Kindern im Alter von 0-14 Jahren, in der mittels Fragebögen an Mütter jener Kinder, die zwischen Januar 2020 und Juli 2021 COVID-19 positiv getestet worden waren, allgemeine Long-COVID Symptome, Gesundheit und Wohlbefinden abgefragt wurden (mit 1:4 gematchten (Alter, Geschlecht) Kontrollen). Die Studie ergab, dass an COVID-19 erkrankte Kinder eine höhere Wahrscheinlichkeit als die Kontrollkinder hatten, zwei Monate nach dem Beginn der Erkrankung immer noch zumindest von einem Symptom zu berichten.

Im Detail war diese Wahrscheinlichkeit bei Kindern im Alter von 0-3 Jahren um 78 % erhöht [95 % CI 1,55–2,04],  $p < 0,0001$ ), für 4–11-Jährige um 23 % [95 % CI 1,15–1,31], und für 12–14-Jährige um 21 % [95 % CI 1,11–1,32]. Erwähnenswert ist, dass auch nach über drei Monaten die Wahrscheinlichkeit zumindest noch ein Symptom zu haben, bei den Fällen (Kinder die eine COVID-19 Infektion gehabt hatten) höher war als bei den Kontrollen. Gleichzeitig fand sich paradoxerweise eine moderate Tendenz zu besserer Lebensqualität und besseren emotionalen und sozialen Funktionen bei Kindern die an COVID-19 erkrankt waren, im Vergleich zur Kontrollgruppe. Diese Resultate wiesen auch leichte Variationen auf in Abhängigkeit vom Alter des Kindes. Die Prävalenz von Long-COVID (mindestens ein Symptom nach >2 Monaten noch vorhanden) war hoch in der Dänischen Stichprobe und lag bei 31,2 % der Kinder im Alter von 0–3 Jahren, 26,5 % der Kinder im Alter von 4–11 Jahren, und bei 32,5 % jener Kinder im Alter von 12–14 Jahren vor.

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

---

<sup>13</sup> <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2352-4642%2822%2900154-7>

## MEDIKAMENTE

### Wie viele der derzeit in Österreich verfügbaren COVID-19-Arzneimittel wurden bereits bei Therapien abverbraucht/verwendet?

Der aktuelle Verbrauch der COVID-19-Medikamente (Anzahl an Behandlungen) ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

	Lieferung nach Österreich	Abruf durch SPOC	Auslieferung an Apotheken	Verabreichung intramural	Verabreichung niedergel. Ärzte	Restbestand (Lieferung - Verabreichung)
Xevudy® (Sotrovimab, VIR-7831)	28.585	11.339		-7.933		20.652
Lagevrio® (Molnupiravir)	102.942	18.859		-7.434		95.508
Regkirona® (Regdanvimab)	60.000	4.072		-109		59.891
Paxlovid® (PF-07321332 + Ritonavir)	107.258	20.791	10.348	-5.314	-2.256	99.688
Evusheld® (AZD7442)	8.640	2.089		-1.044		7.596

#### Zusatzbemerkungen:

Lieferungen nach Österreich mit dem Hersteller vertraglich vereinbarte und bis 5. Juli gelieferte Menge.  
Abruf durch SPOC von den SPOC (single point of contact; 1/Bundesland) Apotheken bis 5. Juli bestellte und an die Landeskrankenanstalten ausgelieferte Menge.

Auslieferung an Apotheken an öffentliche Apotheken bis 5. Juli ausgelieferte Menge.

Verabreichung intramural Anzahl an Behandlungen in den Krankenanstalten bis 5. Juli.

Verabreichung niedergel. Ärzte Anzahl an Behandlungen durch niedergelassene Ärzte bis 30. Juni; nur bei Paxlovid vorgesehen; in weiterer Folge monatliche Aktualisierung.

Die Lieferungen nach Österreich sind den jeweiligen Verträgen entnommen, die Auslieferungen und Anzahl der Behandlungen basieren auf Rückmeldungen der Bundesländer.

AG Medikamente (Mursch-Edlmayr, Müller, Neiß (BMSGPK), Pernsteiner (BMLV), Schörghofer, Popper)

## SITUATION KRITISCHE INFRASTRUKTUR

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

Die Situation in den versorgungskritischen Bereichen ist derzeit entspannt. In den diversen Gremien (SKKM, LSD-Konferenz, Corona-Kommission, S4-Runde etc.) wird über keine Probleme berichtet. Die prognostizierten steigenden Fallzahlen und die damit verbundenen Personalausfälle sowie das zeitliche Zusammenfallen mit der Urlaubszeit könnten jedoch insbesondere für Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen demnächst eine besondere Herausforderung darstellen.

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

## WIRKSAMKEIT SCHUTZMAßNAHMEN

### **Haben andere europäische Länder ihre Strategie im Umgang mit der Pandemie angesichts der Variante BA.4/5 und vor allem der aktuellen Lageentwicklungen verändert und wenn ja, wie?**

Die im Rahmen des regelmäßigen Maßnahmenmonitorings erfassten Länder (Dänemark, Deutschland, Finnland, UK, Irland, Italien, Norwegen, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn) haben im Betrachtungszeitraum keine BA.4/5-spezifischen Maßnahmen umgesetzt. Generell wurde in den 18 beobachteten Staaten 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, nur in Ausnahmefällen braucht man ihn noch zur Einreise (Frankreich) und/oder in Gesundheitseinrichtungen. Auch die allgemeine Maskenpflicht wurde weitgehend aufgehoben, in einigen Ländern gilt eine Maskenpflicht spezifisch in vulnerablen Bereichen wie Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sowie fallweise öffentlichen Verkehrsmitteln.

### **Wie wird sich laut Prognosen die bevorstehende Reisetätigkeit im In- und Ausland auf die epidemiologische Lage in Österreich auswirken? Wie wird sich der Verlauf dieser Entwicklungen über den Sommer darstellen? Falls eine Auswirkung der Reisetätigkeit auf die Fallzahlentwicklung angenommen wird, welchen Einfluss hat diese auf mögliche spätere Infektionswellen im Herbst/Winter?**

Generell hat die zu erwartende Reisetätigkeit im Sommer vielfältige – und zum Teil auch gegenläufige – Wirkungen auf die berichtete Inzidenz: So wirken etwa ein geändertes (reduziertes) Testverhalten und die geringere Kontakthäufigkeit im Inland dämpfend auf die Inzidenz, während erhöhte Mobilität und Reiserückkehrer einer Erhöhung der Dynamik zur Folge haben können.

In Hinblick auf den "Reiserückkehreffekt" ist zu erwarten, dass es zwar wieder zu einem Anstieg reiseassoziiertter Fälle kommt. Diese sollten aber anteilmäßig wesentlich weniger ausmachen, da die autochthone (=in Österreich stattfindende) Dynamik viel höher ist als etwa im Vorjahr. Die aktuell zu beobachtende Abschwächung der Dynamik um rund 20 % kann sich durch den Ferienbeginn in den westlichen Bundesländern noch verstärken, was im Umkehrschluss bedeutet, dass sich dieser Effekt nach dem Ende der Ferien reversieren wird.

Die Frage der Implikationen erhöhter Fallzahlen im Sommer bzw. Spätsommer hängt im Wesentlichen von drei Faktoren ab: (1) der Frage des Ausmaßes der Immunität gegen Ansteckung nach



durchgemachter Infektion (je nach Immunisierungsstatus), (2) der Frage der Dauer der Immunität gegen Ansteckung nach durchgemachter Infektion (je nach Immunisierungsstatus) sowie (3) die Frage der im Herbst/Winter vorherrschenden Variante(n) und welche Auswirkung jene auf die ggf. im Sommer erworbene Immunität haben.

Die ersten beiden Faktoren werden im Rahmen von verschiedenen Untersuchungen an Hand von Beobachtungsdaten einem regelmäßig aktualisierten Monitoring unterzogen (vgl. etwa die Technical Briefings der UK HSA). Für die zeitnahe Detektion des Auftretens neuer (Sub-)Varianten ist sowohl die internationale Überwachung (vgl. ECDC, WHO) als auch die nationale Surveillance (zur Feststellung der tatsächlichen Ausbreitung und Dynamik) maßgeblich.

Bis dato stellte sich bei der Abfolge der beginnenden Dynamik von Omikron-Subvarianten eine zeitliche Taktung von nur wenigen Monaten ein, so dass der dämpfende Effekt von vorangegangenen Infektionswellen auf die nächste Welle wenig ausgeprägt war.

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

Wien, am 11. Juli 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 alle zwei Wochen 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:

Andreas Bergthaler, Manfred Ditto, Christiane Druml, Dietmar Griebler, Christoph Klein, Herwig Kollaritsch, Karlheinz Kopf, Markus Müller, Ulrike Mursch-Edlmayr, Herwig Ostermann, Julia Partheymüller, Niki Popper, Elisabeth Puchhammer-Stöckl, Katharina Reich, Ronald Reiter, Eva Schernhammer, Reinhard Schnakl, Volker Schörghofer, Thomas Starlinger, Karl Stöger, Rudolf Striedinger, Oswald Wagner